

**TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: B 5341 Ošetřovatelství  
Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

**Bolest u klienta/pacienta**

**Client's/patient's pain**

Kristýna Macková

**Bakalářská práce**

2009

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2007/2008

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kristýna MACKOVÁ**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Bolest u klienta/pacienta**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl:

1. Monitorovat bolest u dospělých K/P na standardním oddělení
2. Sledovat přístup ošetřovatelského personálu k zmírnění či odstranění bolesti

Předpoklady:

1. Domnívám se, že více jak 50% dospělých K/P na standardním oddělení trpí bolestí
2. Myslím si, že více jak 50% K/P není spokojeno s přístupem zdravotních sester k zmírnění či odstranění bolesti

Metoda práce:

Výzkum pomocí dotazníku

Analýza dostupných informačních zdrojů

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

40-50 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. FARKAŠOVÁ, Dana a kolektiv.: Výzkum v ošetrovatelství, 1.vyd. Martin: Osveta 2006, ISBN 80-8063-229-4
2. HONZÁK, Radkin.: Bolest z psychosomatického pohledu, 2.vyd. Praha: Maxdorf 1993, ISBN 80-85800-11-X
3. KOLEKTIV AUTORŮ.: Vše o léčbě bolesti: příručka pro zdravotní sestry. 1.vyd. Praha: Grada Publishing 2006, ISBN 80-247-1720-4
4. SOFAER, Beatrice.: Bolest: příručka pro zdravotní sestry. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1997, ISBN 80-7169-309-X

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jana Stejskalová

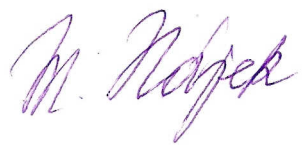
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 30. března 2008

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. dubna 2009

  
prof. Ing. Vojtěch Konopa, CSc.  
rektor



  
prof. MUDr. Miloš Hájek, DrSc.  
pověřen vedením ústavu

V Liberci dne 26. března 2008

## P r o h l á š e n í

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 26.3.2008

Podpis: Machová!

#### Poděkování:

Poděkování patří zejména Mgr. Janě Stejskalové za odborné vedení mé bakalářské práce. Děkuji také všem zdravotním sestrám z Krajské nemocnice Liberec, a. s. za ochotu a pomoc při realizaci výzkumného šetření. Velký dík patří i mé rodině za trpělivost a podporu jak při studiu, tak při zpracovávání bakalářské práce.

# Bolest u klienta/pacienta

## Anotace:

Tématem bakalářské práce je problematika bolesti u K/P. Práce si klade za cíl monitorovat bolest u dospělých K/P na standardním nemocničním oddělení a sledovat přístup ošetrovatelského personálu ke zmírnění či odstranění bolesti. Teoretická část práce představuje bolest v jejím bio-psycho-sociálním pojetí. Dále nás seznamuje s její historií, jejím hodnocením, dělením a terapií. Praktická část začíná stanovením cílů a hypotéz práce. Pokračuje popisem metodiky, organizace výzkumu, sběrem, zpracováním a vyhodnocením získaných dat. V diskuzi jsou okomentovány stanovené hypotézy, v závěru práce jsou shrnuty výsledky výzkumu a uvedeno několik doporučení pro praxi.

bolest, klient/pacient, nemocniční oddělení, zdravotní sestra, analgetika, spokojenost, výzkum, doporučení

# Client's/patient's pain

## Summary

The Thema of Bachelor Thesis is problem of client's /patient's pain. The aim of this Bachelor Thesis is monitoring adults client's/patient's pain in standard hospital department and monitoring the access of staff nursing to scale down or disestablishment pain. The part of desk study introduces the pain in its bio-psycho-social conception. It informs us about its history, evaluation, dividing and therapy. The practical part starts with objectives setting and hypothesis of Bachelor Thesis. It continues with methodology description and research organization and with collection of processing and data evaluation. In part called discussion there are commented stated hypothesis, at the close of Diploma Thesis are summed up results of research and several recommendation for experience.

pain, client/patient, hospital department, nurse, analgetics, satisfaction, research, recommendation

# 1 Obsah:

1	Obsah:.....	7
2	Úvod .....	9
3	Problematika bolesti .....	10
3.1	Descartova teorie bolesti.....	10
4	Historie bolesti .....	11
5	Fyziologie bolesti .....	12
5.1	Vedení vzruchů bolesti .....	13
	Vrátková teorie bolesti .....	13
6	Komplexní pohled na bolest.....	13
6.1	Psychologická oblast bolesti .....	14
6.2	Osobnostní rysy .....	14
	Deprese .....	15
	Úzkost .....	15
6.3	Sociální oblast bolesti .....	16
6.4	Kulturní oblast bolesti.....	16
7	Hodnocení bolesti.....	17
7.1	Anamnéza bolesti.....	17
7.2	Fyzikální vyšetření u bolesti .....	18
7.3	Hodnotící škály bolesti .....	18
8	Dělení bolesti a jejích příčin.....	19
9	Akutní bolest .....	20
10	Chronická bolest.....	21
10.1	Chronická nenádorová bolest.....	21
	Cíle a řešení CHNNB .....	21
10.2	Chronická nádorová bolest .....	22
11	Terapie bolesti .....	22
11.1	Invazivní metody řešení bolesti .....	23
11.2	Neinvazivní metody řešení bolesti.....	23
11.2.1	Farmakoterapie bolesti.....	23

11.2.1.1 Neopiodní analgetika .....	24
11.2.1.2 Opioidní analgetika .....	24
11.2.1.3 Adjuvantní farmakologická léčba .....	26
11.2.2 Fyzioterapie bolesti .....	26
11.2.3 Psychoterapie bolesti .....	27
11.2.4 Alternativní a doplňkové terapie bolesti .....	29
12 Cíle a hypotézy práce .....	30
12.1 Cíle práce .....	30
12.2 Hypotézy práce .....	30
13 Metodika a organizace výzkumu .....	31
13.1 Charakteristika výzkumného vzorku .....	31
13.2 Vybrané výzkumné metody .....	31
13.3 Organizace výzkumu .....	31
13.4 Sběr a zpracování dat .....	32
14 Dotazníkové šetření .....	32
Výsledky .....	32
15 Diskuze .....	46
16 Závěr .....	54
17 Soupis bibliografických citací .....	56
18 Seznam příloh .....	57



## 2 Úvod

*„Všichni můžeme být omluveni za to, že nemůžeme pacienta vyléčit, ale ne za to, že jsme se mu nepokusili zmírnit utrpení a bolest.“*

H.W.Striebel

Bolest. Jedno slovo, které v člověku vyvolává mnoho pocitů. Většinou jsou to však pocity negativní. V bolestech se rodíme, bolest nás mnohokrát potká v průběhu života a mnohokrát během života my sami někomu bolest způsobíme. Často nás provází do našich posledních dní a mnoho lidí v ní umírá.

Hlavním důvodem proč jsem si vybrala toto téma je, že lidé pracující ve zdravotnictví se s bolestí setkávají skoro denně. Většina lidí jde k lékaři až tehdy, když je něco bolí. Všichni z nás chtějí být dobří zdravotníci a k tomu je nutné dozvědět se co nejvíce o tom, co naše povolání bude provázet každý den. Lékaři často pojmají bolest pouze jako specifický fyziologický jev a mnohdy neberou v potaz psychickou stránku bolesti. Bolest omezuje člověka téměř ve všech činnostech a směrech a dokáže výrazně snížit kvalitu pacientova života. Dalším velkým problémem při řešení bolesti je její zlehčování ze strany zdravotníků. V 50. letech 20. století se objevily první náznaky spojování odborníků zabývajících se léčbou bolesti s dalšími obory medicíny. Začaly vznikat organizace a instituce zabývající se léčbou bolesti. (8)

Tato práce se dělí na dvě základní části. První je část teoretická, kde bychom Vás rádi seznámili s bolestí, její komplexností, historií, fyziologií, jejím hodnocením, dělením a nakonec terapií. Toto seznámení je sice stručné, přesto doufáme, že srozumitelné a komplexní. Druhá část práce je výzkumná. V této části Vás seznámíme s cíli a hypotézami práce, metodikou a organizací výzkumu a samozřejmě s výsledky a analýzou dotazníkového šetření a následnou diskuzí. V závěru je uvedeno celkové hodnocení práce a několik doporučení pro praxi.

### 3 Problematika bolesti

Bolest provází celý lidský život a neodmyslitelně k němu patří. Je to velice silný subjektivní zážitek, který je sice možné objektivně sledovat a popisovat, ale pokud ji člověk sám neprožije, jen těžko pochopí, co obnáší. Bolest je komplexní bio-psycho-sociální jev, který bývá nejčastějším příznakem chorob či poranění. Pocit bolesti má ochranný charakter a většinou nás jako první informuje, že něco není v pořádku. Hned na začátku bychom si měli vysvětlit rozdíl mezi pojetím bolesti po stránce medicínské a nemedicínské. Medicínsky lze bolest vysvětlit jako pocit provázející úraz, operaci nebo chorobu. Bolest, kterou pociťujeme fyzicky, lze mnohokrát zmírnit či odstranit. S nemedicínským pojetím bolesti se setkáváme téměř každý den. V běžné řeči mívá bolest často jiné, než pouze medicínské významy. Každého někdy určitě zabořelo u srdce, když jsme se dozvěděli nějakou smutnou zprávu, když nás někdo zradil nebo když jsme pocítili nespravedlnost. (12, 13)

#### 3.1 Descartova teorie bolesti

Autorem prvního modelu bolesti byl francouzský filozof René Descartes. Ve své práci z roku 1664 vysvětluje vznik bolesti tak, že pokud je noha v blízkosti ohně, který obsahuje drobné částičky pohybující se velkou rychlostí, tak tyto částičky ohně mají schopnost uvést do pohybu částičky kůže na noze. Následně dojde k rozezvučení vzhůru jdoucího jemného vlákna, které je propojené s místem na kůži. Poté drobné částičky otevřou otvor, ke kterému vede jemné vlákno. Tento děj by se dal přirovnat k tomu, jako bychom tahali za jeden konec provazu a na druhém konci by se rozezvučel zvon. Tento model bolesti přetrvává dodnes v laické veřejnosti a často způsobuje problémy při chápání bolesti. Nicméně tento model bolesti neplatí. Popírají ho například fantomové bolesti po amputaci končetin nebo bolesti u paraplegických K/P v oblasti pod transversální lézí míšní. Dalšími důkazy o nesprávnosti této teorie jsou například myofasciální bolesti, při kterých pacient jinde pociťuje bolest a jinde je zdroj jeho obtíží. Postupem času byla Descartova teorie upravována. (4, 8, 9)

## 4 Historie bolesti

Pokusy o léčbu a kontrolu bolesti provází lidstvo od nepaměti. Kosterní nálezy z minulosti nám poskytují informace o tom, jaké choroby nebo úrazy lidi dříve potkávaly nebo to, jak byly léčeny. Nejstaršími léčiteli byli šamani a kouzelníci, kteří věřili, že pomocí léčebných rituálů dokáží uzdravovat. Změny nastaly v mladší době kamenné, kdy se z lovců začali stávat zemědělci a s postupným usazováním lidí vznikala i nová onemocnění. V této době lidé také dokázali provrtat lebku v domnění, že tím odstraní bolesti a záněty. Středověký perský učenec Avicenna, který žil v letech 980-1037 n.l. rozdělil bolest do 15druhů a používal výtažky opia, čímž o několik století předběhl evropskou medicínu. (5, 11)

Ve starém Egyptě byla tehdejší medicína na vysoké úrovni. Egypťané věřili ve věčný život, a proto těla zemřelých mumifikovali. Studium mumií nám také dává cenné informace o nemocech, kterými staří Egypťané trpěli. Lékaři věřili, že nemoci a bolesti jsou vůlí boží, proto ve snaze je odstranit, se na bohy obraceli. V Mezopotámii zase lidé věřili, že pokud trpí bolestí, tak spáchali nějaký hřích a vstoupil do nich démon. Léčba bolesti proto zase spočívala v modlitbách a různých náboženských rituálech. Ve 13. století př.n.l. se v oblasti Středomoří začalo rozmáhat opium. Lidé považovali opium za dar od bohů, který tlumí bolest, proto se modlili k bohyni máku a makovic, z nichž je opium vyráběno. Okolo roku 20-30 n.l. byl za jednoho z největších lékařů považován Ježíš Kristus, který dokázal zázračně uzdravovat. (5)

Za dob renesance ožilo bádání a byly tištěny první lékařské spisy a učebnice. Tělo bylo anatomicky poznáno díky pitvám, které se často stávaly veřejnou podívanou. Průlom v problematice bolesti nastal v první polovině 19. století zavedením inhalační éterové narkózy. Obrovský zvrat tím zaznamenala chirurgie, kdy se mohlo operovat bezbolestně a nemuselo se čelit bránícímu se pacientovi trpícímu bolestí. Dalším průlomem v léčbě bolesti byl rok 1884, kdy byl poprvé použit kokain jako prostředek lokální anestezie. Po dvaceti letech používání kokainu se prokázala jeho fyzická návykovost a začal se používat synteticky připravený novokain. V roce 1970 byl objeven endorfin, který dal vzniku novým možnostem léčby bolesti. (5)

V dnešní době je předpokladem pro kvalitní a dostupnou terapii bolesti vytvoření center, která tuto terapii poskytují. Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP) navrhla síť specializovaných pracovišť, zabývajících se terapií bolesti. Mezi tato pracoviště zařazujeme multidisciplinární centra pro léčbu bolesti, multidisciplinární poradny pro léčbu bolesti, syndromově orientované poradny pro léčbu bolesti a speciálně zaměřené poradny pro bolest. V ČSFR bylo v roce 1990 založeno první centrum pro tlumení bolesti. V roce 2000 vydala Spojená akreditační komise (JCAHO) standardy pro hodnocení, dokumentaci a léčbu bolesti. Mimo USA se tato komise nazývá JCI (Joint Commission International). Podle těchto standardů bychom se měli každého hospitalizovaného K/P při příjmu do nemocnice zeptat na bolesti. Pokud odpoví, že bolestí trpí, měl by být vyšetřen příslušným zdravotníkem. (7, 8)

## 5 Fyziologie bolesti

Bolest je stará jako lidstvo samo. Snaha zjistit její fyziologii je otázkou zkoumání zejména posledních 40let. „Jak jsme již viděli, je bolest velice osobní, proměnlivá zkušenost, jež je ovlivněna kulturním zázemím, významem situace, pozorností a ostatní vědomou činností.“ (Melzack, 1978, s. 59)

Vjem bolesti je výsledkem podráždění receptorů bolesti tzv. nociceptorů. Jsou to volná nervová zakončení, která informují jak o bolesti povrchové, viscerální, tak hluboké. Nejvíce receptorů bolesti je umístěno v kůži, ale nacházejí se i kdekoli jinde v těle a dělí se dle toho, jaký typ bolesti zaznamenávají. Nociceptory reagují na lokální poškození a jsou prvním článkem nervových drah, které zprostředkovávají vedení a uvědomování si bolesti. Vnímání bolesti má složku algognostickou, zahrnující percepci a lokalizaci bolesti a složku alghymickou, zahrnující psychickou a emocionální složku bolesti. V podstatě rozlišujeme 2 druhy nociceptorů, a to A-delta receptory reagující na mechanické poškození a C-receptory reagující na různé podněty většinou selektivně. Při bolestivém vzruchu jsou nociceptory aktivovány látkami signalizujícími tkáňové poškození. Jde o látky, které se uvolňují z poškozené tkáně, nebo o látky, vznikající jako lokální produkty zánětu. Mezi tyto látky řadíme např. bradykinin, histamin, serotonin, prostaglandin nebo interleukin. (3, 5, 7)

## 5.1 Vedení vzruchů bolesti

Senzorická aferentní vlákna, která vedou bolestivý vzruch zadními kořeny míšními do zadních míšních rohů a šedé míšní hmoty, se stejně jako nociceptory dělí na 2 typy. Myelinizovaná vlákna vedoucí vzruch rychlostí asi 15 m/s se nazývají vlákna A-delta. Tato vlákna se dále dělí na podskupiny alfa, beta, gama a delta. Tyto podskupiny vláken se od sebe liší stupněm myelinizace. Druhým typem vláken jsou vlákna C, která jsou nemyelinizovaná a vzruch vedou rychlostí asi 1 m/s. Jak již bylo řečeno, nervová vlákna vedou vzruch do šedé hmoty míšní, která je rozdělena do deseti Redexových zón, z nichž největší význam pro vnímání bolesti mají zóny I, II, III, V, VIII a X. V páté vrstvě zadních míšních kořenů se nacházejí převodní T-buňky, které jsou pravděpodobně vstupem do celého aktivního systému. Na míšní úrovni byla bolest intenzivně zkoumána a tak vznikla tzv. vrátková teorie. (5)

### Vrátková teorie bolesti

Vrátkovou teorii bolesti publikovala v roce 1965 dvojice autorů R. Melzack a P.D. Wall. Tato teorie je založena na tom, že vzruchy vedené somatosenzorickou dráhou jsou vedeny rychlými A-alfa vlákny a jsou přepínány T-buňkou v Lissauerově traktu. V případě vzniku bolestivého dráždění jsou vzruchy převráceny a dojde k podráždění T-buňky v Lissauerově traktu. Tak dojde k přebytku impulzů z ostatních somatosenzorických zdrojů a místo toho, aby se spinotalamickými drahami vedly dotykové vzruchy, vedou se jimi vzruchy bolestivé. Opačně platí, že pokud jsou silněji podrážděny ostatní somatosenzorické senzory, dojde k utlumení bolestivých drah. (5)

## 6 Komplexní pohled na bolest

V posledních letech se do výzkumu bolesti zapojilo mnoho přírodních věd a díky nim dnes lépe rozumíme bolesti v jejím komplexním pojetí. Světová zdravotnická organizace definuje bolest takto: „Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. ...Bolest je vždy subjektivní...“ (Janáčková, 2007, s. 8)

Bolest sama o sobě je komplexním zážitkem a také vyžaduje komplexní přístup v její terapii. Vnímání bolesti je vysoce individuální a může být ovlivněno mnoha faktory. Mezi tyto faktory patří například typ osobnosti, vrozený typ nervové soustavy, práh

bolesti, pohlaví, věk, momentální nálada a psychický stav, tolerance k bolesti, prostředí a okolnosti, denní doba a také kulturní a etnické rozdíly. Důležité také je, jaký význam je bolesti přikládán. Pokud nás bude chvíli bolet hlava a jinak jsme zdraví, budeme bolest vnímat jinak, než když nás bolí hlava a čekáme na výsledky vyšetření, zda nemáme tumor mozku. Bolest je zážitek, který se mimo oblast biologickou, kterou probereme ve zvláštní kapitole, objevuje i v oblasti psychologické a sociální. (5)

## **6.1 Psychologická oblast bolesti**

Psychologie bolesti je určena mnoha druhy pocitů, které bolest vyvolává a které ji provázejí od jejího počátku až do jejího konce. Dalším podstatným faktorem je emoční kvalita, která je bolesti přisuzována. Zaujímá nás, jak K/P bolest objektivně popisuje. Je bolest slabá? Silná? Nesnesitelná? Častým jevem je, že zdravotní sestry samy rozhodují o pacientově bolesti. Samy určují její intenzitu a často ji zlehčují bez ohledu na to, jak ji popisuje sám K/P. Podle B. Sofaer jsou nejdůležitějšími psychologickými faktory bolesti osobnostní rysy a to, jaký má vztah deprese a úzkost k bolesti. (5, 12)

## **6.2 Osobnostní rysy**

Každá osobnost je individualita, tudíž se k ní musí přistupovat individuálně. Nutné je u každého jedince přistupovat individuálně i k bolesti. Výhodou je, víme-li, jak se člověk choval před bolestivou situací, jelikož můžeme pozorovat, jak se mění K/P chování v závislosti na bolesti. Prožívání bolesti ovlivňuje i to, zda je člověk spíše introvertní nebo extrovertní typ osobnosti. Introvertní typ člověka své problémy často uzavírá do sebe, je nejistý, zdrženlivý a proto se nám se svými potřebami a problémy svěřuje málokdy. Opakem je člověk extrovertní, který o bolesti hovoří velmi ochotně, může ale i přehánět a neostýchá se nás požádat například o analgetika. (12)

Další podstatnou charakteristikou člověka při bolesti je to, jak moc se člověk nechá ovlivnit svým okolím a jak moc je na něm závislý. Zdravotnickému personálu velmi pomůže, pokud se sestra při příjmu zeptá K/P na to, jak by sám popsal své povahové rysy. Z hlediska psychologie bolesti je velmi důležité s K/P o bolesti mluvit. Samy sestry by měly vyhledávat K/P potřeby a ptát se ho na intenzitu bolesti. Pokud K/P vidí na sestře zájem o jeho bolest a snahu o to mu pomoci, získá k sestře důvěru a bude s ní lépe spolupracovat než se sestrou, která mu dává najevo svůj nezájem a to, že ji svými

problémy obtěžuje. Pokud K/P vycítí u ošetrovatelského personálu pochopení, bude sám klidnější a nebude mít strach sestru požádat o pomoc nebo jen o naslouchání, které je někdy cennější než všechna analgetika. (12)

## **Deprese**

Deprese je dlouhodobý stav projevující se zhoršenou náladou, pocity bezmocnosti, viny, únavou, zhoršeným soustředěním a dalšími příznaky. Deprese velmi často provází chronickou bolest. U pacientů často dochází ke změnám v životním stylu a často se cítí být zátěží pro své okolí. Člověk ztrácí své zájmy a uzavírá se sám do sebe. „A tak paradoxně v situaci, kdy potřebují pomoc, ocitají se v izolaci, prohlubující depresi. Deprese vede ke změnám nálady, myšlení a sebeprojekce.“ (Janáčková, 2007, s. 59) Lidé trpící depresemi se často zdržují pouze doma, nevycházejí ven a utápí se ve svých problémech. Mnohdy chronická bolest způsobí takové obtíže, že člověk musí opustit zaměstnání a stává se z něj „invalida.“ To mnoho lidí nese velmi těžce a deprese se prohlubuje čím dál více. Častým projevem depresí jsou poruchy spánku a následná únava. Deprese je popisována jako samostatná nemoc i jako příznak provázející různá onemocnění. Pokud budeme léčit pouze biologickou složku bolesti, a nebudeme brát ohled na psychiku pacienta, nikdy nebudeme v léčbě stoprocentně úspěšní. (5)

## **Úzkost**

Úzkost je stav zahrnující pocit tísně a napětí. Od strachu se liší tím, že úzkost nemá konkrétní obsah. Úzkost je typická pro prožívání akutní bolesti. Může se objevovat pouze v momentě bolestivé příhody nebo je to trvalý osobnostní znak. Ale nejen právě prožívaná bolest může způsobit úzkost. Úzkost můžeme pocítit například i před situací, od které bolest očekáváme, jako je například chirurgický zákrok. V této situaci lze úzkost často zmírnit, popřípadě i odstranit. V předoperační přípravě by měl být K/P podán dostatek informací o tom jak se dá bolest zvládat, co od ní očekávat a co vše pro něj může udělat zdravotnický personál. Pokud je člověk seznámen s tím, co ho čeká, zvládá lépe úzkost a s tím spojenou bolest. Čím větší je úzkost, tím vyšší je vnímání bolesti. Podstatné také je, aby zdravotnický personál dokázal rozpoznat známky úzkosti a věděl, jak s úzkostným pacientem jednat. Zdravotníci by měli s úzkostným člověkem jednat přátelsky, laskavě a empaticky. Opačným jednáním bychom úzkostlivé chování K/P jen umocnili. (8, 12)

### **6.3 Sociální oblast bolesti**

V sociální oblasti bolesti hraje velmi důležitou roli prostředí, ve kterém jsme vyrůstali a ve kterém žijeme. Postoje k bolesti se formují již od nejútlejšího věku. Dítě se při bolesti obrací na matku a zjišťuje, jak na takovou situaci reaguje ona. Pokud bude dítě i při sebemenších projevech bolesti nadměrně opečováváno a bude středem pozornosti celého svého okolí, bude se pravděpodobně stejného přístupu dožadovat i v dospělosti. Pokud matka vezme situaci jen tak věcně, dítě se od bolesti odpoutává a vnímá ji méně. Pokud dostane dítě za bolestivé projevy vyhubováno, tak v sobě bolest potlačí nebo pláče ještě více z nedostatku porozumění. Rozdíly ve vnímání bolesti se formují od dětství také v závislosti na pohlaví. Rodiče často povolují mnohem více bolestivého chování dívkám, ty jsou slabé a tak mohou plakat, když si odřou koleno. Chlapci jsou silní a tak nepláčou. Velký sociální význam při bolesti, zejména chronické, mají také vztahy rodině a vztahy s partnerem. Laskavé, klidné a empatické rodinné prostředí vede k lepšímu zvládnutí bolesti než prostředí upjaté a nepřátelské. (5)

### **6.4 Kulturní oblast bolesti**

Kulturní rozdíly hrají v oblasti bolesti velmi významnou roli.

„Obecná pozorování o podobném chování členů téže etnické skupiny ve vztahu k bolesti vyústila v představu, že kulturní faktory je rovněž třeba zvažovat jako závažné při léčbě nebo zacházení s bolestí.“ (Sofaer, 1997, s. 35)

Situace, které mohou připadat bolestivé lidem v naší kultuře, nemusí vůbec připadat bolestivé lidem v jiných kulturách. Vnímání bolesti velmi ovlivnilo náboženství v různých kulturách. Například u náboženských rituálů prováděných v různých afrických zemích je bolest snášena velmi dobře. V evropských zemích, pro které je typické křesťanství, je bolest přijímána jako boží trest a její snášení vede k odpuštění hříchů. Podle B. Sofaer snáší naše kultura bolest do značné míry, ale samozřejmě je tato snášlivost vysoce individuální a mění se s každým K/P. Někteří K/P dokáží snášet bolest dokud je u nich návštěva, ale po jejím odchodu už takové bolesti schopni snášet nejsou. Tento postoj k bolesti často špatně chápou zdravotní sestry a K/P neprávem obviňují, že si bolesti vymýšlí a nevěnují jeho bolesti potřebnou pozornost. (12)



## 7 Hodnocení bolesti

Bolest je velmi subjektivní vjem a při jejím hodnocení je vyžadováno aktivní úsilí zdravotnického personálu. Nejčastějším problémem při hodnocení bolesti je skutečnost, že sestry a K/P mají odlišné názory na to, jak bolest hlásit a jak na ni reagovat. Sestry často nevěří, že K/P trpí bolestí, pokud o ní nemluví nebo pokud u něj nejsou přítomny nějaké její objektivní známky. Ale přesto bolest existuje vždy, když to K/P říká. Hodnocení bolesti je buď kvalitativní nebo kvantitativní. Kvalitativní hodnocení bolesti popisuje např. příčinu bolesti, délku jejího trvání, její lokalizaci i propagaci. Kvantitativní měření bolesti popisuje intenzitu bolesti, kterou měříme např. pomocí různých škál a měřítek. (12)

### 7.1 Anamnéza bolesti

Anamnéza tvoří jednu z nejdůležitějších částí komplexního vyšetření K/P. Pokud to pacientův stav umožňuje, začíná vyšetřování vždy rozhovorem. U K/P trpícího akutní bolestí způsobenou např. úrazem, může rozhovor trvat jen několik málo minut. Naopak při chronických bolestech může být rozhovor velmi dlouhý. Anamnestický rozhovor nám může poskytnout mnoho informací vedoucích k odhalení příčiny bolesti. Při získávání anamnézy bolesti bychom se v první řadě měli ptát na lokalizaci bolesti, její intenzitu, kvalitu, nástup a trvání a na faktory, které bolest zmírňují nebo naopak zhoršují. Další podstatnou otázkou je, zda měl pacient již v minulosti bolesti a jak je zvládal. Dále zjišťujeme, jakou terapii K/P již podstoupil a jaké byly její účinky. V této souvislosti zjišťujeme i farmakologickou anamnézu. Pro další zjišťování důležitých detailů o bolesti se dnes také používá tabulka PQIRST (viz příloha č. 1). (7)

Při dobře odebrané anamnéze nesmíme opomenout odebrání sociální anamnézy. To, jak K/P vnímá bolest, může být ovlivněno mnoha sociálními faktory, jako např. vnímání sebe samého, vztahy s okolím, povolání, stav, finanční zázemí, kvalita spánku, náboženské a kulturní názory, kouření, alkohol nebo užívání omamných látek. Při chronických bolestech má sociální anamnéza svou nezastupitelnou roli. Zjišťujeme, jak bolest ovlivňuje pacientův život, jeho náladu, emoce a také jak na jeho stav reaguje rodina. Za zmínku znovu stojí to, abychom zjistili pacientovy náboženské a kulturní hodnoty. Tyto hodnoty ovlivňují bolest v obrovské míře. (7)

## 7.2 Fyzikální vyšetření u bolesti

Mezi základní fyzikální vyšetřovací metody patří pozorování, z něhož můžeme vysledovat příznaky vyjadřující bolest nebo chování provázející bolest. Ze zjevných příznaků bychom si měli všimnout vokálních projevů bolesti, jako např. vzdychání nebo naříkání, časté změny polohy nebo naopak rygidita, bolestivý výraz tváře, vyhýbání se tělesné aktivitě nebo aktivity vedoucí ke snížení bolesti, jako např. užívání farmak. Další funkcí fyzikálního vyšetření je měření fyziologických funkcí a kontrola velikosti zornic. Při akutní bolesti se většinou zvýší krevní tlak, zrychlí se pulz a dechová frekvence a rozšíří se zornice. Při chronické bolesti mohou tyto reakce chybět v důsledku adaptace organismu na bolest. Pokud K/P trpí silnými bolestmi, můžeme vyšetření zkrátit a dokončit ho později až se bolest zmírní. (7)

## 7.3 Hodnotící škály bolesti

Škály hodnotící bolest se užívají zejména ke zjištění intenzity bolesti, což je jeden z nejsubjektivnějších vjemů bolesti. Škály mají mnoho výhod mezi něž patří např. jednoduchost použití. Oproti rozhovoru zaberou méně času a dají se užít před a po léčebné proceduře ke zjištění jejího účinku. Při výběru hodnotící škály pro pacienta musíme vzít v úvahu jeho věk, schopnost číst nebo rozumět daným obrázkům. Nejčastěji užívanou škálou hodnotící bolest je Číselná hodnotící škála (NRS). K/P vybere na úsečce očíslované od 0 do 10 číslo, které nejvíce odpovídá závažnosti jeho bolesti, kde 0 odpovídá žádné bolesti a 10 nejhorší představitelné bolesti. Použití této škály je jednoduché, ale některým pacientům může připadat příliš abstraktní (viz příloha č. 2). (7)

Bolest můžeme hodnotit i nonverbálně pomocí Škály hodnotící intenzitu bolesti. Tato škála je využívána zejména u dětí nebo lidí, kteří mají problémy s verbálním vyjadřováním. K/P vybere jeden ze 6 obličejů, který podle výrazu nejvíce odpovídá intenzitě jeho bolesti. Obličej č. 0 odpovídá stavu bez bolesti, obličej č. 5 poté nejhorší možné bolesti (viz příloha č. 3). (7)

Další používanou škálou je Vizuálně analogová škála (VAS). Princip této škály spočívá v tom, že nakreslíme úsečku dlouhou 10 cm, která může být jak vertikální, tak horizontální. Na jednom konci je úsečka popsána jako žádná bolest a na konci druhém

jako nejhorší možná bolest. K/P umístí na úsečku značku podle současné intenzity jeho bolesti. Číselnou hodnotu intenzity pacientovi bolesti získáme změřením úseku v milimetrech od žádné bolesti ke značce, kterou na úsečku zakreslil pacient. I tato škála může na některé K/P působit abstraktně (viz příloha č. 4). (7)

Poslední často užívaným měřítkem bolesti je Slovně popisná škála bolesti. Při tomto hodnocení intenzity bolesti K/P vybírá z přídavných jmen popisujících bolest, jako např. žádná, nepříjemná, hrozná nebo agonizující. Mezi negativa této škály patří to, že K/P nemusí rozumět všem přídavným jménům nebo že omezuje klientovy možnosti. Z celkových nástrojů na vyšetřování bolesti se užívají zejména Průvodce k hodnocení bolesti, který je poněkud zdlouhavý a Krátký inventář bolesti, který hodnotí pacientovu bolest v průběhu posledních 24 hodin. McGillský dotazník bolesti hodnotí neuropatickou bolest. (7)

## 8 Dělení bolesti a jejích příčin

Bolest lze rozdělit do dvou rozsáhlých kategorií, a to na bolest akutní a chronickou. Chronickou bolest dále dělíme na bolest nenádorovou a nádorovou. Tyto dvě kategorie budou podrobně rozebrány v následujících kapitolách. Dále můžeme bolest dělit podle vzniku a síly vyvolávajících podnětů. Sem řadíme bolest nociceptivní. Tato bolest je charakteristická poškozením tkání vnějším podnětem nebo důsledkem nádoru, koliky či zánětu. Tento typ bolesti má zejména zánětlivý charakter. Nociceptivní receptory bolesti jsou umístěny téměř ve všech tkáních těla. (7)

Neuropatická bolest vzniká při poškození periferních a centrálních nervových vláken a neuronů. Tento typ bolesti se může vyskytovat intermitentně nebo jako stálá bolest. Příkladem můžeme uvést polyneuropatie, neuralgii trojklaného nervu nebo porušení míchy po úrazu páteře. Reflexivní bolest vzniká buď chybnou regulací cévního systému nebo špatným držením těla. Zde můžeme jako příklad uvést migrénu nebo bolesti zad. U psychosomatické bolesti se dá jen těžko určit, zda se jako primární příčina objevila porucha somatická nebo psychická. Obě tyto příčiny se mohou ovlivňovat. Příkladem je bolest hlavy, kdy tato bolest může vyvolávat silné psychické napětí a naopak. Somatická bolest vzniká pokud jsou aktivovány receptory bolesti v kůži, svalech,

kloubech a hlubokých tkáních. Lidé často dokáží somatickou bolest dobře lokalizovat a popisují ji jako ostrou a stálou bolest. Bolest viscerální je bolest, která vychází z vnitřních orgánů. Lidé ji popisují jako tupou a špatně lokalizovatelnou. Bolest kolikovitá je charakteristická spazmy hladkého svalstva. Je prudká s narůstající intenzitou. Ischemická bolest vzniká ve tkáních při hypoxii. Jejími symptomy může být např. stenokardie nebo klaudikační bolest. Bolest zánětlivá se vyznačuje šubáním a tepáním v postiženém místě. (6, 7)

### **Nejčastější příčiny bolesti**

Bolest může mít mnoho příčin. Uvedeme si jen ty nejčastější u bolesti akutní a chronické nádorové či nenádorové. Časté příčiny akutní bolesti jsou traumata, popáleniny, infekce, záněty nebo chirurgické a operační postupy. Mezi příčiny chronické nenádorové bolesti řadíme např. migrénu, fibromyalgie, pásový opar, fantomové bolesti, periferní neuropatie, osteoartritidu nebo revmatoidní artritidu. Maligní bolest má mnoho příčin. Největší podíl na nádorové bolesti má vlastní nádor, ale v určitém procentu se na bolesti podílí i lékaři a ostatní zdravotnický personál. Z bolestí vyvolaných samotným nádorem bychom mohli zmínit např. prorůstání, obstrukci nebo útlak tkáně nádorem. Příčiny bolesti, kterou způsobují lékaři a ostatní zdravotnický personál jsou např. terapeutické postupy jako chemoterapie či radioterapie, chirurgické řešení symptomů nemoci, diagnostické procesy jako punkce, biopsie a ostatní odběry biologického materiálu. Nádorové onemocnění může být vyléčeno, ale mohou přetrvávat bolesti z terapeutických postupů, jako např. fantomové bolesti po amputaci končetiny nebo bolestivý otok horní končetiny po ablaci prsu. (7, 14)

## **9 Akutní bolest**

Akutní bolest vzniká náhle a trvá několik dnů až týdnů. Tato bolest je intenzivní, ostrá a dobře lokalizovatelná. Vzniká při náhlém tělesném poškození. Pokud akutní bolest trvá déle a má vyšší intenzitu, je často provázena velkou psychickou zátěží. Na tuto zátěž reaguje organismus fyziologickými změnami, jako je zvýšený krevní tlak, zrychlený tep a dýchání, dilatace zornic a zvýšené pocení. Člověk trpící akutní bolestí je často neklidný a může být až agresivní jak k okolí, tak k sobě. Akutní bolest vyvolává u

lidí velice často úzkost a ta vnímání bolesti zvyšuje. Tato bolest má obranný charakter a postiženého varuje před dalším zhoršováním stavu. (7, 8)

## **10 Chronická bolest**

Chronická bolest trvá 6 měsíců a déle. Může trvat i celý pacientův život. Ukazuje se, že chronická bolest nemá obranný charakter a sama o sobě se jeví jako nemoc. Její zmírňování je vlastně cílem její terapie. (7)

### **10.1 Chronická nenádorová bolest**

Chronická nenádorová bolest (CHNNB) je nejčastější typ bolesti. Trvá měsíce, roky a může trvat celý život. Tato bolest není způsobena život ohrožujícím onemocněním. U K/P trpících touto bolestí se chronická bolest může stát hlavním problémem jejich života a často zasahuje do sociálních a pracovních vztahů K/P. Mnoho K/P provází strach, že trpí závažnou popř. smrtelnou nemocí a proto mají nekončící bolesti. Někteří K/P si myslí, že jim nebyly podány úplné informace o jejich zdravotním stavu a že se jejich bolesti zhorší a neskončí. Pacienta s CHNNB podrobíme vždy podrobné anamnéze a fyzikálnímu vyšetření, kdy si všímáme zejména nediagnostikovaných primárních nemocí. Podstatné je také získat všechnu dostupnou dokumentaci, kde je doposud zaznamenán průběh bolesti. (7)

#### **Cíle a řešení CHNNB**

Tvorba cílů a plánů řešení CHNNB vyžaduje přítomnost specialistů, managementu bolesti a samozřejmě spolupracujícího K/P. Mezi nejčastější cíle patří např. snižování bolesti kdykoliv je to možné, navrácení a zlepšení tělesných funkcí, nalezení mechanismů zvládnutí bolesti, snížení či odstranění deprese a jiných psychických obtíží provázející bolest a upevnění pacientových vztahů s jeho rodinou a okolím. K tomu, aby byl K/P schopen stanovených cílů dosáhnout, musíme zjistit do jaké míry svůj aktuální stav zvládá, jak vysoká je jeho motivace k dosažení cílů a zjistit, zda je vůbec schopen prakticky plán splnit. Nikdy nepodceňujeme pacientovu výpověď o bolesti, i když se nám informace od pacienta zdají nepřesné, musíme vytvořit s pacientem důvěrný vztah. Dále je podstatné brát v úvahu klientovu finanční situaci a zahrnout do plánu např. jeho rodinu. Samozřejmě jen pokud s tím bude jak K/P, tak jeho rodina souhlasit. Pokud K/P

není schopen nebo nemá zájem dodržovat plán řešení bolesti, zahajujeme jiné řešení terapie bolesti. (7)

## **10.2 Chronická nádorová bolest**

Nádorová onemocnění děsí lidstvo zejména v posledních desetiletích. Člověka, který trpí tímto onemocněním zajímá hlavně to, jak moc je jeho nemoc vážná, zda je léčitelná a zda bude trpět bolestí. Bolest je s maligním onemocněním úzce spojena a k terminálnímu stadiu tohoto onemocnění patří téměř neodmyslitelně. Jako při léčbě jakéhokoli typu bolesti, tak i při terapii bolesti nádorové je velice důležitý vztah K/P se zdravotnickým personálem. Pokud nám K/P důvěřuje, je předpoklad, že léčba bude úspěšná. Pokud nám naopak nedůvěřuje, tak i sebelepší léčebný postup může selhat. Lékař by měl pacienta ujistit o tom, že bude dělat vše možné, aby byla jeho bolest co nejvíce snížena. Léčba bolesti se výrazně podílí na kvalitě K/P života. Mnoho K/P provází mýty spojené s léčbou bolesti a proto léčbu odmítají. Velká část lidí si myslí, že pokud budou užívat určité množství opioidů, za čas jim tyto dávky nebudou stačit a budou je muset neustále zvyšovat. Tím se na nich stanou závislí. Pravdou je, že závislost na opioidech je asi 1 %. Opioidy výrazně dokáží zkvalitnit život či ho dokonce prodloužit, tím že zmírní nebo úplně odstraní bolest, která je důvodem toho, že člověk nechce dál žít. (1, 14)

## **11 Terapie bolesti**

J. Bonica, americký anesteziolog, označil za velmi zarmucující skutečnost, že v době fantastických úspěchů vědy a techniky i nadále trpí lidé bolestmi a není jim přinesena očekávaná úleva. Bonica se problematikou bolesti začal zabývat a v roce 1961 založil ve městě Tacoma ve Washingtonu první poradnu pro léčbu bolesti. V poradně působili specializovaní lékaři a nechyběl ani psychiatr. Nynější pohled na bolest je formován novými poznatky o patofyziologii bolesti a také o působení psychických a sociálních faktorů na vnímání bolesti. (5)

## 11.1 Invazivní metody řešení bolesti

Do invazivních metod zahrnujeme podávání látek do páteřního kanálu, blokádu nervů vedoucích bolest nebo ovlivňujících místní prokrvení. (13)

Epidurální anestezie: je metoda, při které aplikujeme látku před tvrdou plenu míšní za účelem anestezie nebo analgezie. Epidurální anestezii lze provádět po celé délce páteře. Tato technika se začala užívat v roce 1939. Můžeme ji použít při akutní bolesti např. v porodnictví a gynekologii, u pooperační bolesti, při traumatech nebo ischemických bolestech. Při chronických bolestech se tato metoda užívá např. u maligních onemocnění, fantomových bolestí nebo u bolestí zad nervového původu. (13)

Subarachnoidální anestezie: je aplikace látky přímo do míšního vaku. Míšní vak je vlastně vazivové pouzdro obsahující mozkomíšní mok a míchu. Subarachnoidální anestezie se užívá zejména při výkonech na dolní polovině těla. Blokády periferních nervů: znamenají blokaci nervů na jiném místě než v oblasti páteře. Pro blokády periferních nervů je nutná anatomická znalost průběhu nervů. Blokáda nervů může být jak jednorázová, tak kontinuální pomocí katétru, který umožňuje opakované podání anestetika. Z periferních blokad bychom mohli uvést např. axilární blokádu, blokádu nervů na zápěstí, blokádu n. ischiadicus nebo blokády mezižeberních nervů. (2)

Neurochirurgické postupy: se užívají při těžko zvladatelných až nezvladatelných bolestech, kdy lze neurochirurgicky u určité oblasti těla přerušit vedení bolesti. Používá se elektrická stimulace v oblasti mozku a míchy, destruktivní výkony na míše a stereotaktické výkony na mozku, což znamená zásah do hlubokých struktur mozku pomocí Leksellova gama nože. (5)

## 11.2 Neinvazivní metody řešení bolesti

Mezi tyto metody řadíme farmakoterapii, fyzioterapii, psychoterapii a alternativní a doplňkovou terapii bolesti. (5)

### 11.2.1 Farmakoterapie bolesti

Tato kapitola se zabývá léky, které tlumí bolest. Tyto léky se v dnešní době často kombinují s tzv. adjuvantní léčbou, která v sobě zahrnuje psychofarmaka, z nichž

některá mají analgetický účinek a to zejména u neuropatických a spastických bolestí. Léky proti bolesti neboli analgetika řadíme do dvou skupin na opiodní a neopiodní. (5)

#### 11.2.1.1 Neopiodní analgetika

Neopiodní analgetika se používají k léčbě nociceptivní a neuropatické bolesti. Kromě funkce analgetické léky také snižují horečku a omezují zánět. Do kategorie neopiodních analgetik řadíme acetaminofen, nesteroidní protizánětlivé látky (NSPZL) a salicyláty. Acetaminofen tlumí slabé bolesti a snižuje horečku. Acetaminofen neboli paracetamol se užívá jako lék první volby při horečce u dětí. Tento lék je jedním z nejbezpečnějších neopiodních analgetik. Nesteroidní protizánětlivé léky neboli antiflogistika se užívají k tlumení slabé až středně silné bolesti. Působí také jako antipyretika, antiagregancia, antirevmatika a antiflogistika, antiuratika i dermatologika. Dále se užívají jako podpůrná léčba u lidí s maligním onemocněním, zejména u těch, kteří trpí kostními metastázami. Antiflogistika mají také řadu nežádoucích účinků a to zejména bolesti břicha, krvácení, průjemy, nauzea, žaludeční obtíže, hematurii až nekrózu ledvin. Mohou být toxická pro játra. Dále mohou způsobovat závratě, bolesti hlavy, zmatenost nebo deprese. Riziko nežádoucích účinků se snižuje při malých dávkách a jednorázovém použití. Nejčastěji užívaná analgetika jsou salicyláty např. Aspirin. Účinnou látkou Aspirinu je kyselina acetylsalicylová. Účinek salicylátů závisí na jeho denní dávce. Jedna dávka 650 mg salicylátu působí analgeticky a antipyreticky. Denní dávka salicylátů do 5 g působí protizánětlivě. Salicyláty nemají účinek u viscerální bolesti a u silné pouřazové bolesti. (3, 7)

#### 11.2.1.2 Opiodní analgetika

Hlavním představitelem opiodních analgetik je morfin. Opiodní analgetika tlumí viscerální bolesti, působí antitusicky, tlumí dechové centrum a ovlivňují vědomí. Pokud jsou užívány po dlouhou dobu může na ně vzniknout léková závislost. Mají nezastupitelnou roli v terapii silných bolestí a bolestí chronických způsobených např. maligním onemocněním. Opioidy se musí podávat v přesně stanovených časových intervalech, abychom předešli vzniku bolesti, kterou bychom poté museli tlumit většími dávkami opioidů. Opiodní analgetika v sobě zahrnují opiodní agonisty, antagonisty a smíšené agonisty-antagonisty. Opiodní agonisté nepůsobí ztrátu vědomí a užívají se k terapii střední až silné bolesti. Opiodní antagonisté blokují účinek agonistů a používají



se k odstranění nežádoucích účinků způsobených agonisty. Smíšení opiodní agonisté-antagonisté mají účinky jak agonistické, tak antagonistické. Agonisté zmírňují bolest a antagonisté snižují riziko nežádoucích účinků a lékové závislosti. (7)

Nejstarším užívaným opiodním analgetikem je morfin. Z dalších preparátů opiodních analgetik můžeme uvést např. Fentanyl, Sufentanyl, Pethidin nebo Kodein. Jedním z hlavních důvodů, proč se vyhýbáme podávání opiátů, je strach ze vzniku lékové závislosti. Podávání jakéhokoliv léku a zejména potom opiátů je velice individuální. Opioidy mohou způsobit sice v malém procentu lékovou závislost, a to jak psychickou, tak fyzickou. Psychická závislost se vyznačuje nutkavým pocitem sehnat si další dávku léku a to jakoukoliv cestou. Závislost fyzická se projevuje výskytem symptomů způsobených vymizením látky z organismu, nebo zrušením jejího účinku. Tento odvykací stav může být provázen např. deliriem. Tělo si může k častému užívání látky vytvořit toleranci a látka musí být podávána ve stále vyšších dávkách, aby bylo dosaženo původního efektu podávané látky. Velmi podstatné je, aby lékař přesně specifikoval svou ordinaci. Ordinance jako „Novalgin při bolesti nebo podle potřeby“ není správně předepsaná a v takovýchto případech by mohlo dojít k předávkování a poškození K/P. Ordinance musí obsahovat maximální jednotlivou i celkovou dávku léku za 24 hodin. (3, 6)

### **Placebo efekt**

Placebo efekt znamená zlepšení stavu po podání neúčinné látky. Není ale pravdou, že pokud K/P reaguje na placebo terapii, tak že netrpí skutečnými bolestmi. Placebo efekt se může prisuzovat pacientovu přání se zalíbit zdravotním sestrám a lékařům nebo přesvědčení K/P, že pro něj někdo něco dělá. Naopak přesvědčení lékaře o dobrém účinku léku a o dobrém efektu terapie výrazně formuje K/P reakce. Pokud chceme placebo terapii provádět, musí celý zdravotnický personál reagovat jednotně a K/P nesmí z reakcí personálu poznat, že je prováděna placebo terapie. (5)

### **Pacientem řízená analgezie (PCA)**

PCA je metoda intravenózního podávání opioidů pomocí speciálního přístroje. Tato metoda je určena pro dospělé, kteří jsou plně při smyslech. Přístroj má speciálně nastavený vstřikovač léku, který je napojen na žilní kanylu. Přístroj podává nastavenou

dávku opioidů v nastavených intervalech, aby nemohlo dojít k předávkování. Při bolestech si K/P sám mačká spínač na přístroji, který dávkuje analgetika. (12)

### 11.2.1.3 Adjuvantní farmakologická léčba

Adjuvantní analgetika jsou látky, které nemají jako primární indikaci analgetický účinek, ale za určitých situací se jako analgetika mohou užívat. Tyto látky se mohou kombinovat s opioidy nebo se používají samostatně při léčbě chronické bolesti. Mezi léky, které používáme jako adjuvantní analgetika, řadíme např. povrchová a infiltrační lokální anestetika, některá antikonvulziva, myorelaxancia, tricyklická antidepresiva, benzodiazepiny, selektivní agonisty serotoninu na 5-HT<sub>1</sub> receptorech, selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, psychostimulancia nebo kortikosteroidy. (7)

## 11.2.2 Fyzioterapie bolesti

Fyzioterapie využívá v terapii bolesti fyzikální vlivy a metody vhodné k rehabilitaci a k obnovení funkčnosti jedince po prodělané nemoci či úrazu. Fyzioterapii rozdělujeme do několika skupin podle toho, jakou energii k terapii užíváme. (5)

Mezi nejrozšířenější metodu užívanou ve fyzioterapii patří elektroléčba. V minulosti se užívaly mořské elektrické ryby např. při léčbě bolestí hlavy. V dnešní době využíváme stejnosměrný nebo střídavý elektrický proud. Při užití stejnosměrného proudu můžeme do organismu vpravovat látky, jako např. lokální anestetika. Střídavý proud používáme ve třech frekvencích a to nízkofrekvenční, středofrekvenční a vysokofrekvenční. K terapii bolesti se nejčastěji využívá proud nízkofrekvenční. Dráždění bolestivého místa pomocí použití střídavého proudu využívá transkutánní elektrická stimulace (TENS). Tato metoda snižuje spotřebu analgetik a musí být předepsaná od lékaře. (5, 7)

Dalšími metodami fyzikální terapie je hydroléčba a jiné formy léčby pomocí tepla a chladu. Hydroterapie se užívá velice často. Podstatný je účinek vodního sloupce na povrch těla, ale také to, jaká je teplota vody a její skupenství. Při terapii bolesti využíváme různě silné podněty. Mezi mírné podněty patří například omývání nebo polévání studenou vodou. Středně silné podněty zahrnují např. koupele, sprchování, podvodní masáže, napařování nebo saunu. Mezi silné podněty patří horké a parní lázně,

celotělové stříky vodou a celotělové zábaly. Celkově hydroterapii užíváme zejména u popálenin a u onemocnění pohybového aparátu. (5)

Vlivů světelné energie využívá fototerapie. Ta má vliv na metabolismus tkání. K terapii teplem užíváme infračervené záření. Ultrafialové záření se dnes téměř neužívá z důvodu rizika vzniku rakoviny kůže. Dnes je naopak upřednostňován laserový paprsek, díky němuž můžeme zmírnit bolesti pohybového ústrojí. Účinky zvukové energie využívá sonoterapie, která na tkáň působí svým tepelným účinkem. Největší využití má u chronických bolestí pohybového aparátu. Magnetoterapie využívá při terapii bolesti magnetické pole, které je buď trvalé nebo přerušované. Magnetické pole ovlivňuje tkáň tím, že mění vodivost a reaktivitu nervů. Terapie založená na střídání tlaku a podtlaku ve vzduchotěsných válcích se nazývá vakuová léčba. Do válců se dávají horní nebo dolní končetiny, kdy dochází ke zlepšení krevního průtoku v končetinách. Obdobou vakuoterapie je pneumoterapie. (5)

Pomocí rentgenových lamp provádíme radiační terapii. K terapii bolesti využíváme jen tzv. měkké záření. Další metodou fyzioterapie bolesti je mechanoterapie. Mechanoterapii využívá při terapii bolesti tlak a tah působící na lidský organismus. To lze provádět buď ručně nebo pomocí přístrojů. Tuto metodu lze užít při odstraňování bolestí krční a bederní páteře. Tlak a tah působící terapeuticky na organismus také využívají masáže, což je další metoda fyzioterapie. Masáže provádí většinou masér a mechanicky při nich působí na kůži a měkké tkáně klienta. Masáží dochází ke zvýšené krevní cirkulaci masírované části těla a k vyplavení endorfinů, které snižují vnímání bolesti. (5)

### **11.2.3 Psychoterapie bolesti**

„Psychoterapie je snaha po pozitivním ovlivnění zdravotního stavu a kvality života psychologickými a psychofyziologickými prostředky.“ (Janáčková, 2007, s. 79) Psychoterapie je většinou založena na rozhovoru, ale může využívat i psaní, kreslení nebo dotyky. Psychoterapie může probíhat mezi terapeutem a klientem, rodinou nebo ve skupině pacientů. (5)

Mezi psychoterapeutické metody řešení bolesti můžeme zařadit sugesce, což je ovlivňování myšlení, představ nebo postojů. Tomuto ovlivňování může člověk neúmyslně podlehnout a přijmout cizí myšlenku za vlastní. V terapii bolesti se využívá i autosugesce, která je způsobena vlastní myšlenkou a člověk přesvědčuje sám sebe. Další metodou psychoterapie bolesti je relaxace. Relaxace je v podstatě vyloučení jak tělesného, tak duševního napětí. Mezi nejčastěji používané techniky patří meditace, autogenní trénink, imaginace a biologická zpětná vazba (biofeedback). Při meditaci se člověk zaměřuje na jeden obraz, zvuk nebo na rytmus vlastního dýchání. Touto technikou se přesměruje pozornost od bolesti. Autogenní trénink je spojení autosugesce se systematickou koncentrací a uvolněním celkového napětí. Imaginace je využívání představivosti. Člověk ji nechává buď volně plynout nebo ji záměrně někam směřuje. Velice dobrou představivost mají děti, proto se u nich tato technika často užívá. Imaginace pomáhá soustředit se na příjemný zážitek a tím se odpoutat od bolesti. Biofeedback technika dává klientovi průběžné informace o změnách jeho organismu, které by si jinak neuvědomil. Pomocí přístroje člověk dostává informace např. o tom, jak se mění jeho svalové napětí. Člověk tak může ovlivňovat některé tělesné funkce a to napomáhá nácviku relaxace. (5, 10)

Hypnóza je jednou z dalších metod psychoterapie bolesti. Při hypnóze dochází ke změně stavu vědomí a činnosti mozku. Tím dochází k přesunu pozornosti. Člověk, který je v hypnóze, je uvolněný a má změněné dýchání. To může vést ke změnám v chování a v navození pocitu pohody. Při hypnóze je člověk koncentrovaný, málo vnímá své okolí a je přístupný návrhům. Tyto návrhy však musí člověk chtít vykonat, nelze do nich hypnotizovaného člověka nutit. Nejčastěji používané techniky uvedení do hypnózy jsou koncentrace na jeden bod a následná sugesce. Hypnóza, stejně jako jiné metody psychoterapie, odvrací pozornost od bolesti. Účinnou technikou je i autohypnóza, při které si člověk hypnotický stav vyvolává sám. Hypnóza se využívá při tlumení jak akutní, tak chronické bolesti. (5)

Kognitivní a behaviorální postupy vycházejí z toho, že lidé mají tendenci k logickému myšlení a zabývají se také tím, jak vnímáme skutečnost a jak jednáme. Tato metoda vychází z toho, že nejsme pouze pasivním příjemcem informací, ale naopak je aktivně zpracováváme. Kognitivní metody pomáhají K/P vhlédnout do své aktuální situace. To mu pomůže chápat svou bolest a reagovat na ni. Do behaviorálních

postupů jsou přiřazovány nácviky prvků chování, které mají K/P pomoci ve vytvoření různých postupů, účinnějších než doposud používali. (5)

Další metodou jsou psychodynamické směry, které se užívají u lidí trpících chronickou bolestí, která se už stala součástí K/P života. Psychodynamické směry se zaměřují na strukturu K/P osobnosti, na určení hodnoty jeho poškozeného sebevědomí a na vytváření kvalitních mezilidských vztahů. Psychodynamika využívá tzv. logoterapii, která člověku pomáhá najít smysl života. Nalezení smyslu života přináší pocit naplnění a úlevu od fyzických potíží. (5)

#### **11.2.4 Alternativní a doplňkové terapie bolesti**

Tyto metody rozšiřují možnosti terapie bolesti. K/P je vyhledávají poměrně často i při jiných obtížích než je bolest. Některé alternativní metody zvládání bolesti, které dnes používáme, se zejména ve východních kulturách používají jako léčebné metody už po staletí. Mezi alternativní a doplňkové terapie bolesti řadíme aromaterapii, což je léčení pomocí vůní. Už v dávných dobách se užívala k léčení těla, ducha a mysli. Muzikoterapie je léčení pomocí zvuků. Podporuje zejména navození pocitu pohody. Terapie dotykem je metoda užívaná od sedmdesátých let dvacátého století. Terapie dotykem má za cíl lidštější a holistický přístup k pacientovi. Nejčastěji se používá ke zmírnění bolesti a úzkosti. Další metodou je jóga, která sjednocuje tělesnou a duševní energii. Základními součástmi jógy jsou správné dýchání, pohyb, postoj a meditace. Posledním příkladem alternativní a doplňkové terapie bolesti je akupunktura. Při akupunktuře se zavádí tenké jehly pod kůži K/P do specifických míst, po dobu asi 30 minut. WHO udává 100 případů, které lze léčit akupunkturou. (7, 10)

## **12 Cíle a hypotézy práce**

### **12.1 Cíle práce**

Tato práce se zabývá problematikou bolesti na standardním nemocničním oddělení. Snažili jsme se zjistit zejména to, zda K/P trpí bolestí a které faktory mohou bolest provázet či ovlivňovat. Dále jsme se zabývali tím, jak jsou K/P spokojeni s postojem a přístupem zdravotních sester k bolesti.

Byly vytyčeny dva hlavní cíle práce a to:

1. Monitorovat bolest u dospělých K/P na standardním nemocničním oddělení.
2. Sledovat přístup ošetřovatelského personálu ke zmírnění či odstranění bolesti.

K dosažení požadovaných cílů bylo nutné sestavit jednu verzi dotazníku pro K/P starších 18let. Dále vybrat respondenty pro vyplnění dotazníku a provést vlastní dotazníkové šetření. V konečné fázi jsme vyhodnotili a zpracovali získaná data.

### **12.2 Hypotézy práce**

Po stanovení cílů práce byly stanoveny dvě hypotézy, které pomocí dotazníkového šetření potvrdíme nebo vyvrátíme.

Byly stanoveny tyto dvě hypotézy práce:

1. Domnívám se, že více jak 50 % dospělých K/P na standardním oddělení trpí bolestí.
2. Myslím si, že více jak 50 % K/P není spokojeno s přístupem zdravotních sester k zmírnění či odstranění bolesti.

## **13 Metodika a organizace výzkumu**

### **13.1 Charakteristika výzkumného vzorku**

Cílovou skupinu tvořili respondenti, kteří byli K/P Krajské nemocnice Liberec, a. s. Dotazník byl rozdán na interním a chirurgickém oddělení. Zkoumaný soubor se skládal z respondentů obojího pohlaví. Byl určen pro K/P nad 18 let věku a byl zcela anonymní. Zkoumaný soubor byl vybrán pomocí nepravděpodobnostního nahodilého výběru.

### **13.2 Vybrané výzkumné metody**

K potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz jsme zvolili techniku sběru dat pomocí dotazníku (viz příloha č. 5). Výsledky dotazníkového šetření zpracované v tabulkách obsahuje příloha č. 6. Dotazníková technika je poměrně efektivní a je při ní možné šetření dobře kontrolovat a odpovídat na případné dotazy. Dotazník celkem obsahoval 24 otázek (2 alternativní, 17 uzavřených a 5 polouzavřených). Otázky i odpovědi byly formulovány tak, aby byly srozumitelné pro všechny K/P. Snažili jsme se, aby škály odpovědí korespondovaly se zněním otázek. V úvodu dotazníku jsou zařazeny dvě identifikační otázky (pohlaví a věk), otázky 1-12 se zabývají monitorací bolesti u dospělých K/P a otázky s číslem 13-22 se zabývají přístupem ošetrovatelského personálu k bolesti a jejímu zmírňování. Ke každé otázce v dotazníku byl vytvořen graf. V nadpisu grafu je uvedena velikost výzkumného vzorku (n), který na danou otázku odpověděl. Po pilotním předvýzkumu u osmi probandů na interním oddělení 4.B byly v dotazníku provedeny menší úpravy.

### **13.3 Organizace výzkumu**

Výzkum probíhal v měsících červnu a červenci roku 2008 v Krajské nemocnici Liberec, a. s. Výzkum proběhl po získání souhlasu ve spolupráci se staničními a řadovými zdravotními sestrami daného oddělení. Pacientům byl dotazník rozdán osobně nebo zdravotními sestrami daného oddělení po předchozím vysvětlení ze strany autora výzkumu. Výzkum proběhl na chirurgickém oddělení (1. patro, 2. patro) a interním oddělení (2.B, 4.A, 4.B). Základním kritériem výzkumu bylo dodržení anonymity zkoumaných subjektů.

### 13.4 Sběr a zpracování dat

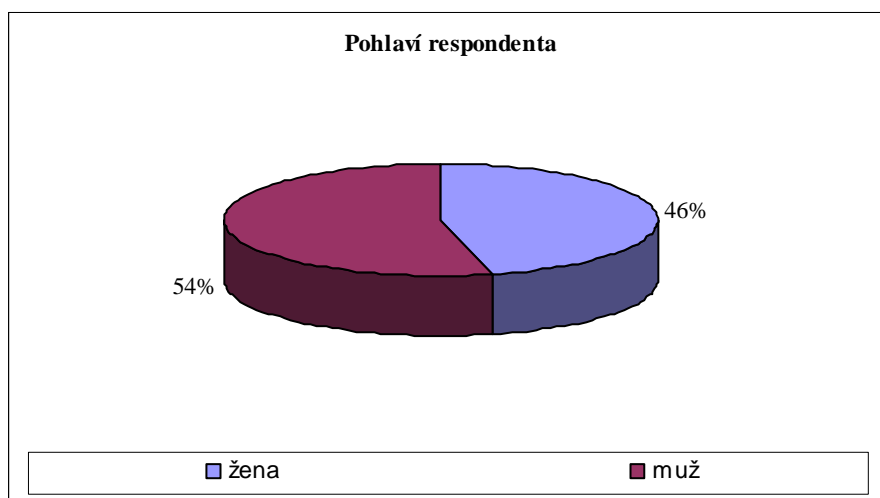
Bylo rozdáno celkem 130 dotazníků. Z celkového počtu se nevrátilo 18 dotazníků a 7 jich bylo pro neúplné či nesprávné vyplnění vyřazeno. Celkem byl výzkum realizován ze 105 dotazníků. Většina oslovených respondentů měla možnost konzultovat přímo s autorkou případné dotazy a připomínky týkající se dotazníkového šetření. Respondenti měli na vyplnění dotazníku přibližně týden. Pro zpracování získaných dat, tabulek a grafů byl použit tabulkový program Microsoft Office Excel 2003. Text byl zpracován textovým editorem Microsoft Office Word 2003.

## 14 Dotazníkové šetření

### Výsledky

#### Pohlaví respondentů

Statistický soubor zahrnoval celkem 105 respondentů. Z toho 48 žen a 57 mužů.

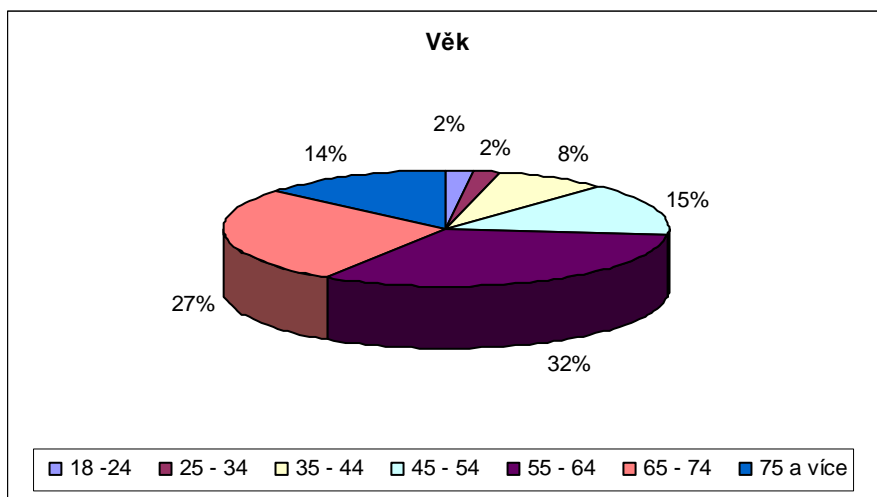


Obr. 1 – Graf pohlaví respondentů (n = 105)

#### Věk respondentů

Největší skupinu respondentů tvořili K/P ve věkovém rozmezí 55-64 let (32 %). Pouze o 5 % menší vzorek tvořili K/P ve věku 65-74 let. Nejmenší skupinu tvořili respondenti ve věkové skupině od 18-24 a 25-34 let (2 %).

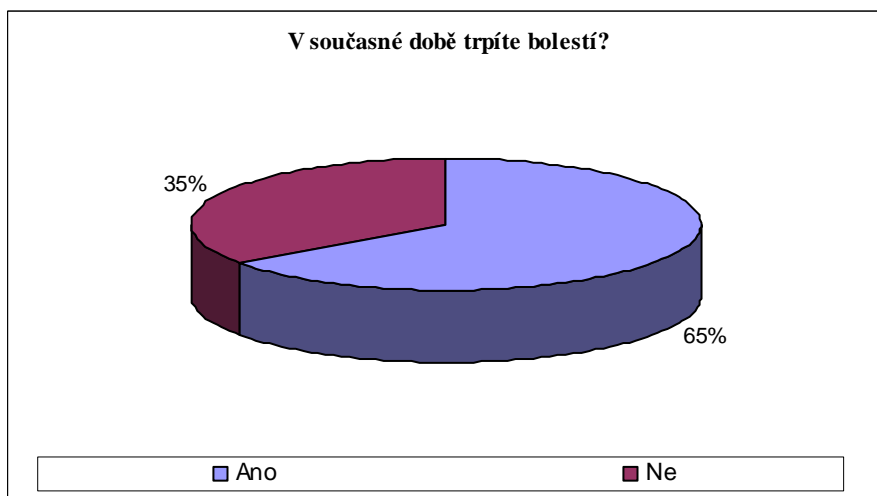




Obr. 2 – Graf věkového zastoupení respondentů (n = 105)

### Výskyt bolesti na nemocničním oddělení

Tato otázka se zabývala problematikou výskytu bolesti na nemocničním oddělení. 65 % respondentů uvedlo, že ve chvíli vyplňování dotazníku trpělo bolestí. Záporně na tuto otázku odpovědělo 35 % dotázaných respondentů.

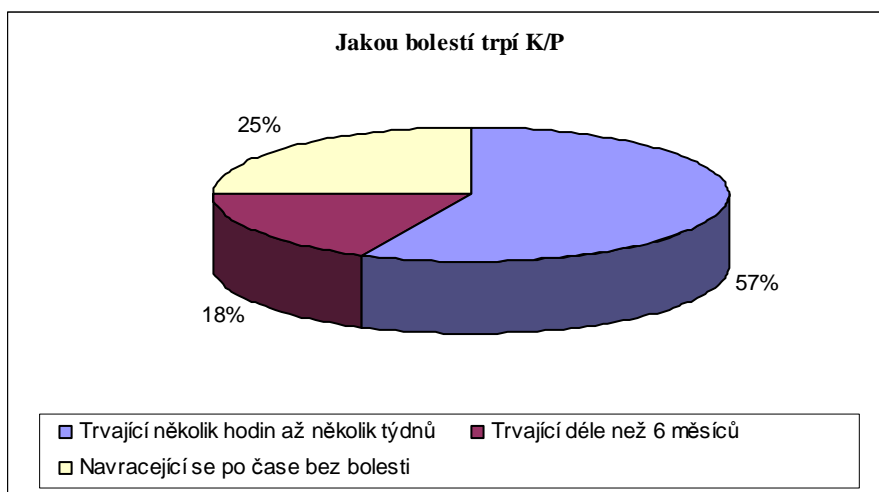


Obr. 3 – Graf výskytu bolesti na nemocničním oddělení (n = 105)

Vyhodnocení této otázky v závislosti na pohlaví ukázalo, že z celkového počtu respondentů uvedlo 75 % žen a 56 % mužů, že trpí bolestí. Zápornou odpověď uvedlo 25 % žen a 44 % mužů. (Graf viz příloha č. 7 obr. A, B)

## Charakteristika bolesti

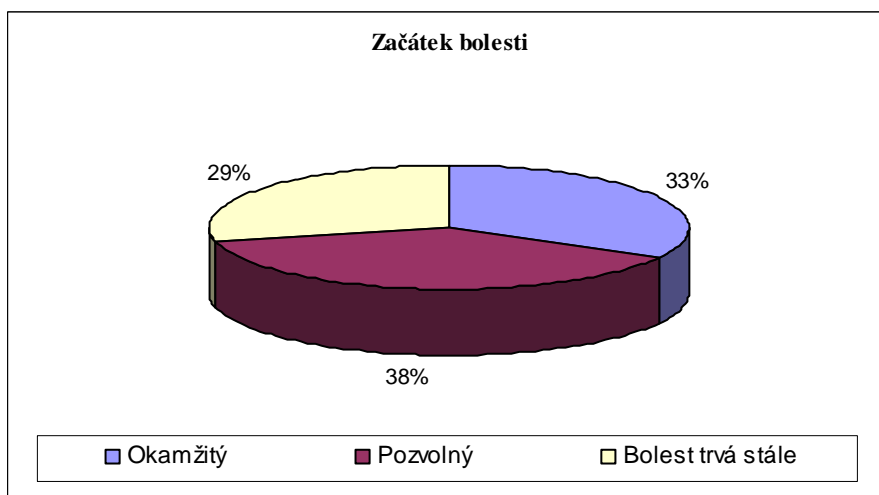
Další otázkou jsme zjišťovali to, jak respondenti charakterizují bolest, která je postihuje. Největší část K/P (57 %) odpověděla, že jejich bolest trvá několik hodin až několik týdnů. 25 % respondentů odpovědělo, že se jejich bolest po určité časové odmlce opět vrátí. Nejmenší část respondentů (18 %) odpověděla, že jejich bolest trvá déle než 6 měsíců.



Obr. 4 – Graf charakteristiky bolestí K/P (n = 105)

## Začátek bolesti

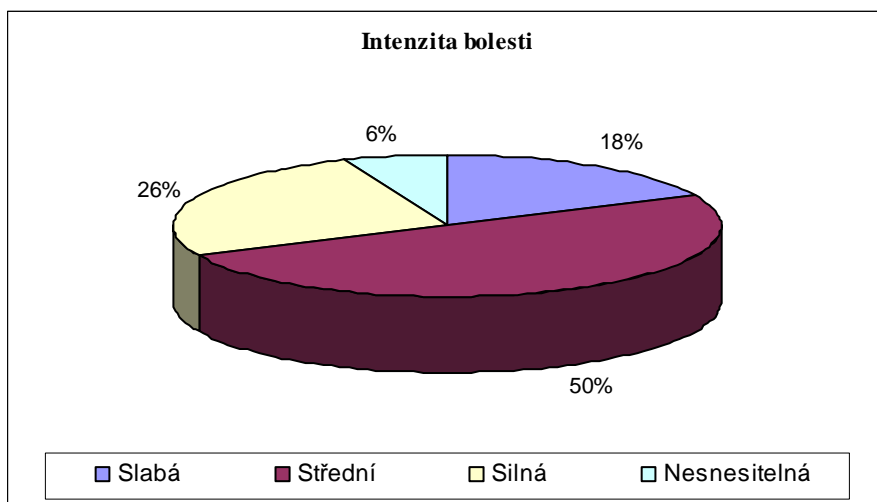
Možné odpovědi na tuto otázku byly tři a to začátek bolesti pozvolný, okamžitý a stálá bolest. Nejvíce se objevovala odpověď, že bolest má pozvolný nástup. Tuto odpověď označilo 38 % respondentů. O 5 % respondentů méně označilo, že nástup jejich bolesti je okamžitý. 29 % respondentů uvedlo, že jejich bolest trvá stále.



Obr. 5 – Graf začátku bolesti (n = 105)

## Intenzita bolesti

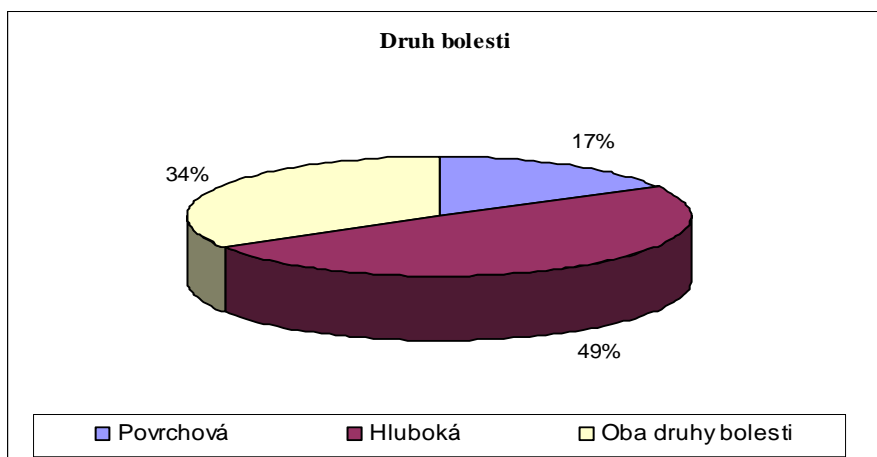
Na otázku, jak by respondenti popsali intenzitu své případné bolesti, se nejvíce vyskytovala odpověď střední (50 %). Z grafu č. 6 je dále patrné, že druhou nejčastější odpovědí byla bolest silná (26 %). O 8 % méně byla zastoupena bolest slabá. Nejmenší množství odpovědí získala bolest nesnesitelná (6 %).



Obr. 6 – Graf intenzity bolesti (n = 105)

## Druh bolesti

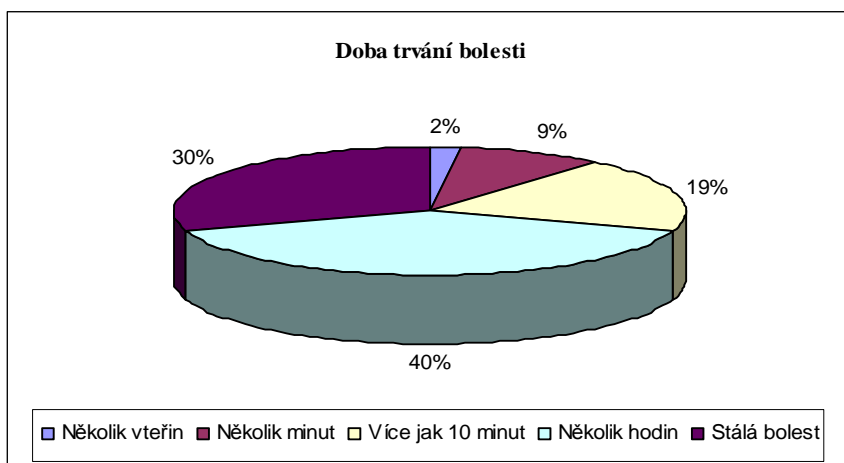
Při zjišťování, jaký druh bolesti K/P nejčastěji postihuje, jsme do dotazníku vybrali tři možnosti a to bolest hlubokou, povrchovou nebo oba druhy bolesti. Nejpočetněji byla zastoupena skupina respondentů trpících bolestí hlubokou (49 %). Méně početnější byla skupina respondentů, kteří uvedli, že trpí oběma druhy bolesti (34 %). Nejmenší skupinu potom tvořili respondenti s povrchovou bolestí (17 %).



Obr. 7 – Graf druhu bolesti (n = 105)

## Doba trvání bolesti

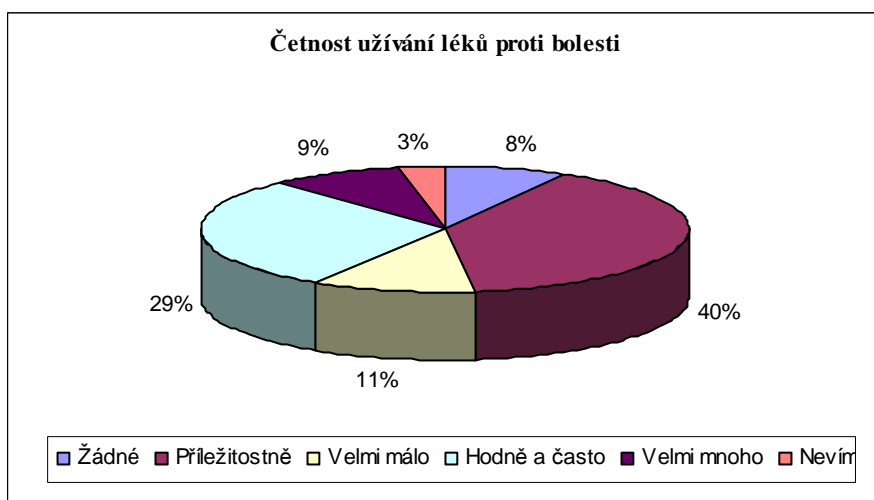
Vyhodnocením této otázky jsme získali informaci, jaké je obvyklé trvání respondentovy bolesti. Možnost několik vteřin označila jen 2 % respondentů. Několik minut trvá bolest u 9 % dotázaných a více jak deset minut pociťuje bolest 19 % tázaných. Největší skupina respondentů (40 %) vybrala možnost několik hodin. O 10 % menší skupina vybrala možnost stálá bolest.



Obr. 8 – Graf doby trvání bolesti (n = 105)

## Četnost užívání léků proti bolesti

Na otázku: „Jak často užíváte léky proti bolesti?“ odpovědělo 40 % dotázaných respondentů, že léky proti bolesti užívá příležitostně. Druhou nejčastější odpovědí bylo užívání léků hodně a často. Tuto možnost vybralo 29 % dotázaných. Velmi mnoho léků proti bolesti užívá dle dotazníku 9 % dotázaných. 8 % respondentů uvedlo, že neužívají žádné léky a 3 % K/P odpověděla, že nevědí, jak často užívají léky proti bolesti.



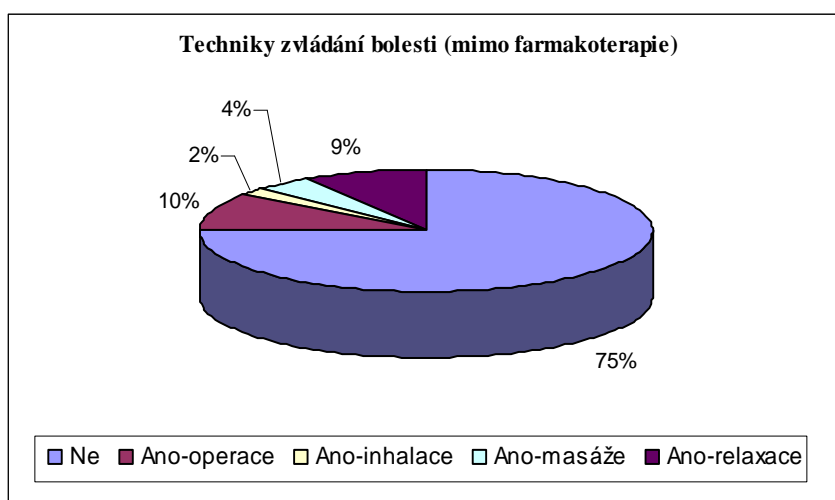
Obr. 9 – Graf četnosti užívání léků proti bolesti (n = 105)

U této otázky nám přišlo zajímavé vyhodnotit užívání léků proti bolesti v závislosti na pohlaví. 6 % žen uvedlo, že neužívá žádné léky proti bolesti, 27 % žen je užívá příležitostně a 8 % velmi málo. Největší skupina žen (44 %) užívá analgetika hodně a často, 13 % velmi mnoho a 2 % žen uvedla, že neví. (Graf viz příloha č. 7 obr. C)

Nejpočetnější skupina v mužské populaci (51 %) uvedla, že léky proti bolesti užívá příležitostně, 9 % mužů uvedlo, že neužívá žádné léky a 14 % jich užívá velmi málo. 18 % mužů využívá farmakoterapii bolesti hodně a často, 5 % velmi mnoho a 4 % mužů neví. (Graf viz příloha č. 7 obr. D)

### Techniky zvládání bolesti (mimo farmakoterapie)

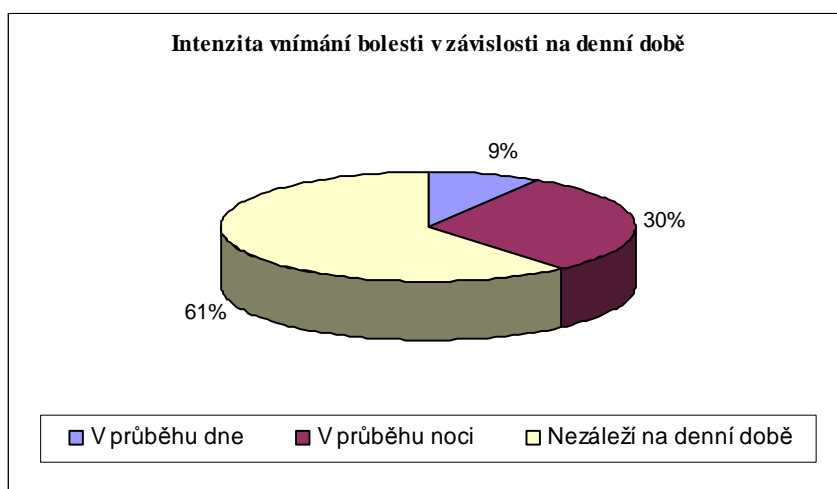
Při zjišťování, zda K/P vyzkoušeli i jiné techniky zvládání bolesti kromě farmakoterapie, odpovědělo záporně 75 % dotazovaných. Kladně odpovědělo 25 % K/P. Z toho 10 % respondentů uvedlo, že mimo farmakoterapii zvolili k odstranění bolesti operační výkon. 9 % respondentů uvedlo, že vyzkoušeli relaxaci. Masáže zvolily 4 % a inhalaci 2 % dotázaných.



Obr. 10 – Graf techniky zvládání bolesti (mimo farmakoterapie) n = 105

### Doba nejintenzivnějšího vnímání bolesti

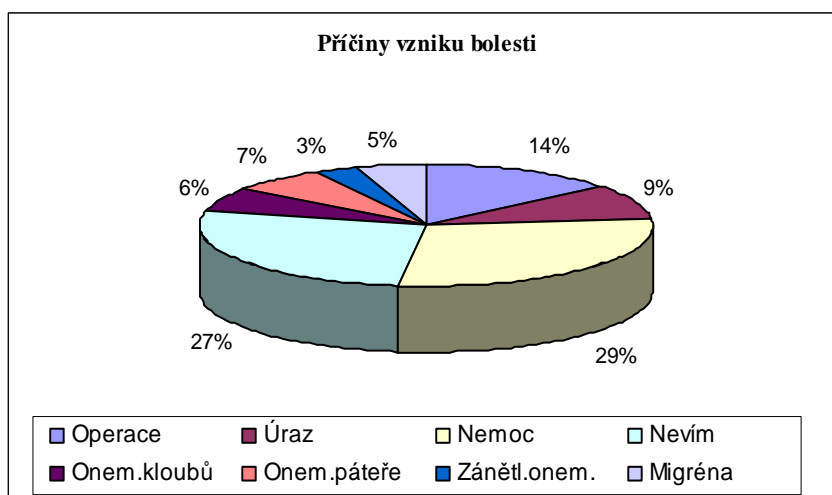
V této položce dotazníku vybírali K/P ze tří nabídnutých možností. U nejpočetnější skupiny respondentů (61 %) nezáleží při vnímání jejich bolesti na denní době. 30 % dotázaných uvedlo, že nejintenzivněji pociťují bolest v noci a 9 % respondentů pociťuje bolest nejintenzivněji ve dne



Obr. 11 – Graf intenzity vnímání bolesti v závislosti na denní době (n = 105)

## Vznik bolesti

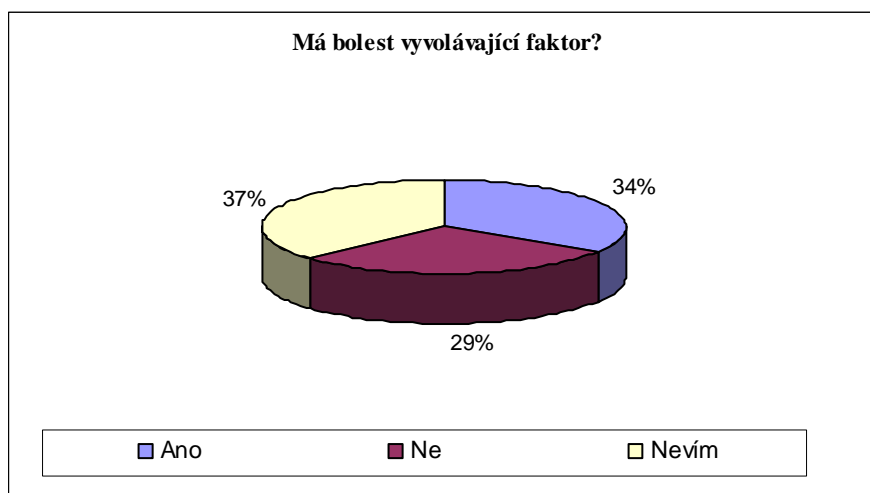
Podstatné pro nás také bylo zjištění, jakým způsobem u K/P bolest vzniká. Do dotazníku byly vybrány tři nejčastější vyvolavatele bolesti a to operace, úraz a nemoc. Další možností bylo, že K/P nevědí jak jejich bolest vzniká. Pokud si respondent nevybral žádnou z nabízených možností, mohl u této otázky dopsat svou vlastní odpověď. Možnost vzniku bolesti po operaci vybralo 14 % respondentů. Úraz, jako vyvolávající faktor bolesti, označilo 9 % K/P. 29 % z celku tvoří varianta vzniku bolesti při nemoci a 27 % K/P neví, jak jejich bolest vzniká. Bolesti kloubů tvoří 6 % příčin vzniku bolesti. 7 % K/P uvedlo, že vznik jejich bolesti zavinilo onemocnění páteře. Další faktorem, který K/P do dotazníku uváděli, byla migréna (5 %) a zánětlivé onemocnění dutiny břišní (3 %).



Obr. 12 – Graf příčiny vzniku bolesti (n = 105)

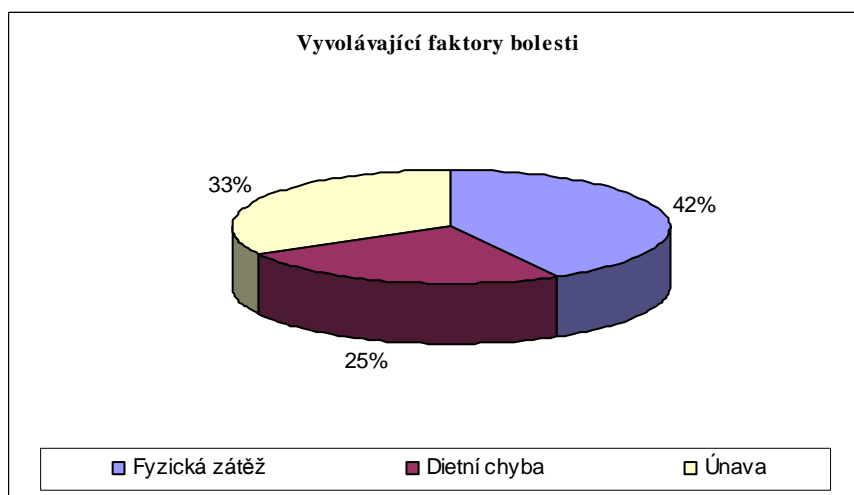
## Vyvolávající faktory bolesti

Při zjišťování, zda má respondentova bolest vyvolávající faktor, kladně odpovědělo 34 % dotázaných. Vyvolávající faktor bolesti nemá 29 % respondentů. 37 % respondentů odpovědělo, že neví, zda má jejich bolest vyvolávající faktor.



Obr. 13 – Graf přítomnosti vyvolávajícího faktoru bolesti (n = 105)

Respondenti, kteří odpověděli na předchozí otázku kladně, určovali vyvolávající faktor jejich bolesti. Fyzickou zátěž jako vyvolávající faktor uvedlo 42 % respondentů. Dietní chybu uvedlo 25 % a únavu 33 % dotázaných.

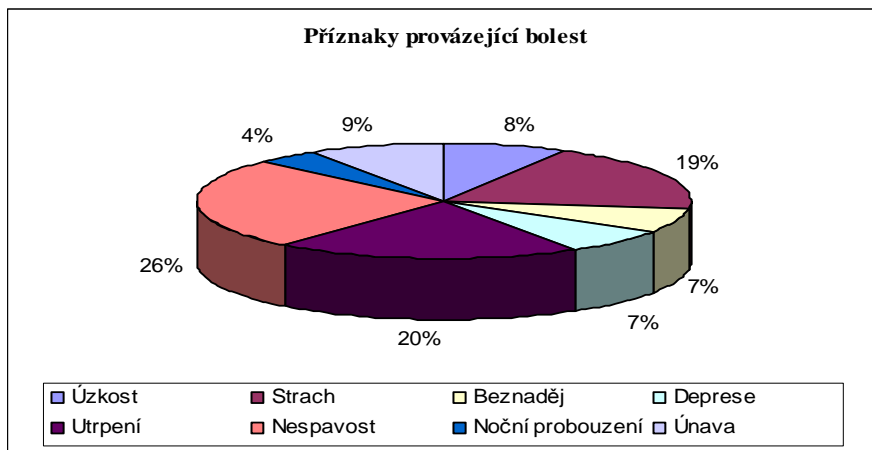


Obr. 14 – Graf charakteru vyvolávajícího faktoru bolesti (n = 36)

## Příznaky provázející bolest

Bolest má mnoho doprovodných příznaků. Do možností v dotazníku jsme uvedli ty nejčastější. K/P měli vybrat jeden příznak a byla zde i možnost volné odpovědi.

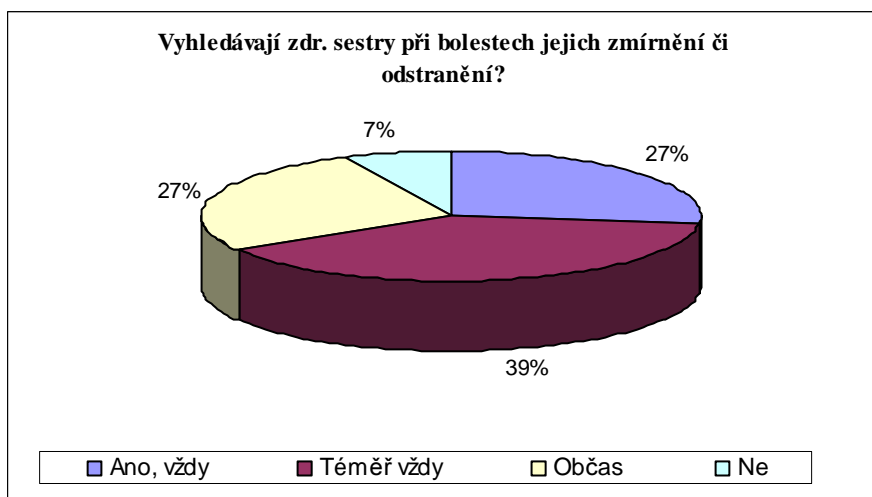
Největší počet K/P (26 %) uvedl, že jejich bolest provází nespavost. 20 % dotázaných pocíťovalo při bolesti utrpení a 19 % uvedlo, že jejich bolest provází strach. Další možnosti byly úzkost (8 %), beznaděj a deprese (7 %). Do volné odpovědi uvedli respondenti únavu (9 %) a noční probouzení (4 %).



Obr. 15 – Graf příznaků provázející bolest (n = 105)

### Zmírňování či odstraňování bolesti ze strany zdravotních sester

Na otázku, zda zdravotní sestry při pacientových bolestech vyhledávají jejich zmírňování či odstraňování, odpověděli K/P takto: 27 % K/P odpovědělo, že sestry vždy vyhledávají zmírnění či odstranění jejich bolestí. Stejný počet respondentů odpověděl občas. Odpověď téměř vždy označilo 39 % respondentů a odpověď ne 7 % respondentů.

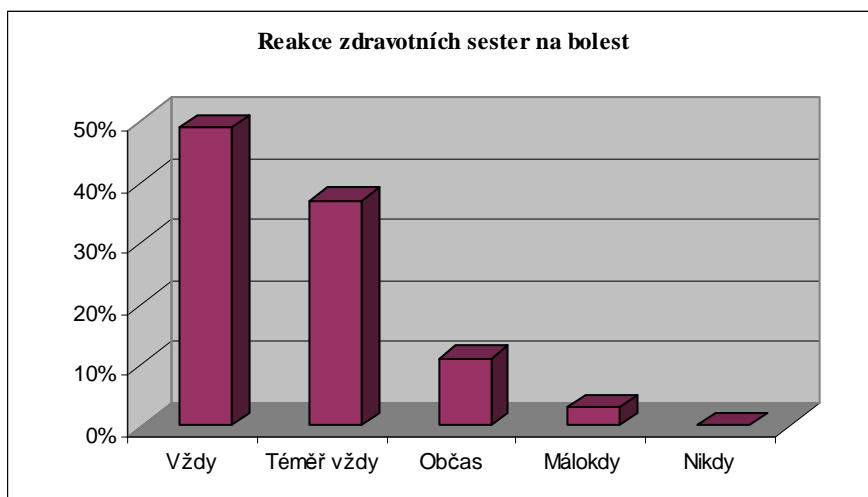


Obr. 16 – Graf zmírňování či odstraňování bolesti ze strany zdravotních sester (n = 105)



## Reakce zdravotních sester na bolest

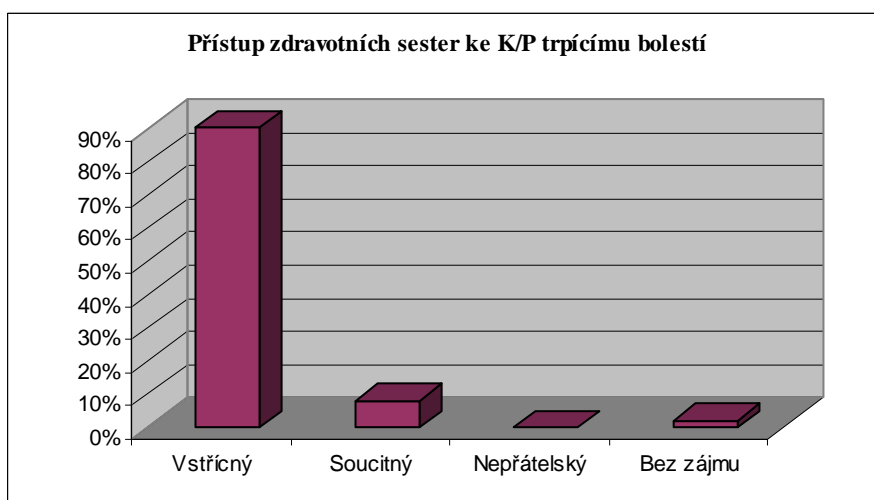
Tato otázka v dotazníku se zaměřovala na to, jak často zdravotní sestry reagují na K/P bolest. Největší část respondentů (49 %) udala, že zdravotní sestry reagují na jejich bolest vždy. Odpověď téměř vždy zvolilo 37 %, občas 11 % a málokdy 3 % respondentů. Možnost nikdy nezvolil nikdo z celkového počtu dotazovaných.



Obr. 17 – Graf reakce zdravotních sester na bolest (n = 105)

## Přístup zdravotních sester ke K/P trpícímu bolestí

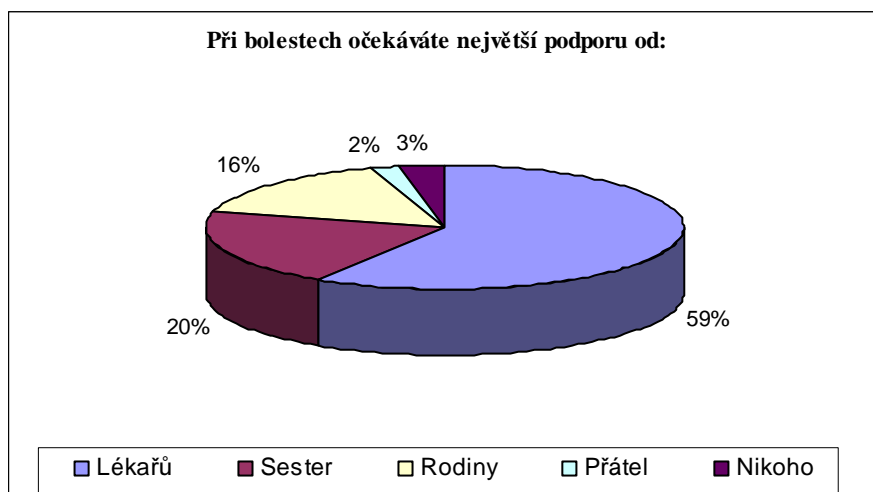
Možnosti odpovědí na tuto otázku byly čtyři. Variantu, že přístup zdravotních sester je nepřátelský neoznačil nikdo. Naopak největší zastoupení (90 %) měla odpověď vstřícný přístup. Soucitný přístup k bolesti od zdravotních sester označilo pouze 8 % dotazovaných. 2 % respondentů udala, že zdravotní sestry k jejich bolesti přistupovaly bez zájmu.



Obr. 18 – Graf přístupu zdravotních sester ke K/P trpícímu bolestí (n = 105)

## Podpora očekávaná při bolestech

Člověk trpící bolestí má potřebu mít pocit, že ho někdo dokáže podpořit. Proto jsme se v dotazníku ptali od koho K/P očekávají při bolestech největší podporu. V dotazníku byly nabídnuty čtyři odpovědi, ale pokud si K/P ani jednu nevybral, měl možnost volné odpovědi. Největší podporu očekávají K/P od lékařů (59 %), zdravotních sester (20 %), rodiny (16 %), přátel (2 %) a 3 % respondentů odpověděla, že podporu neočekává od nikoho.



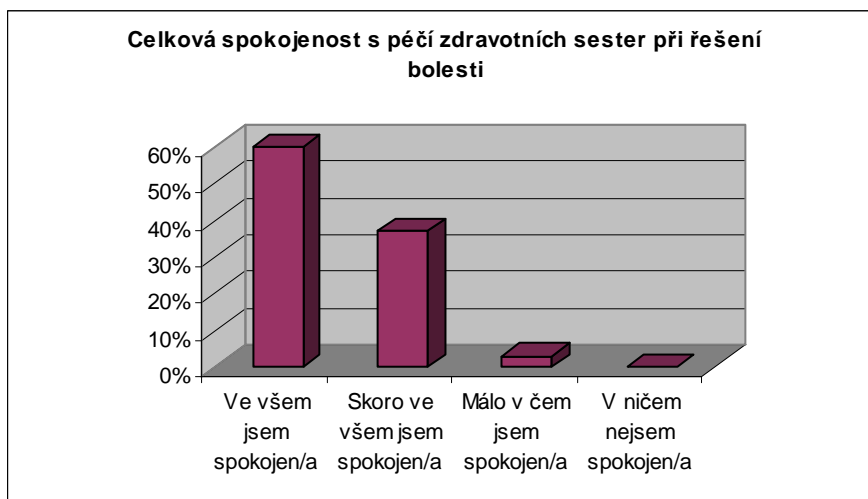
Obr. 19 – Graf podpory očekávané při bolestech (n = 105)

Podpora očekávaná při bolestech, byla další otázkou, kterou jsme vyhodnotili v závislosti na pohlaví. 58 % žen uvedlo, že největší podporu očekává od lékařů, 17 % od sester, 21 % od rodiny a 4 % od přátel. (Graf viz příloha č. 7 obr. E)

Nejpočetnější skupina mužů (60 %) též vybrala lékaře, 23 % sestry, 12 % mužů rodinu. Nikdo z mužů nevybral možnost přátel. Možnost volné odpovědi u této otázky využili pouze muži, kde jich 5 % uvedlo, že nečeká podporu při bolestech od nikoho. (Graf viz příloha č. 7 obr. F)

## Celková spokojenost s péčí zdravotních sester při řešení bolesti

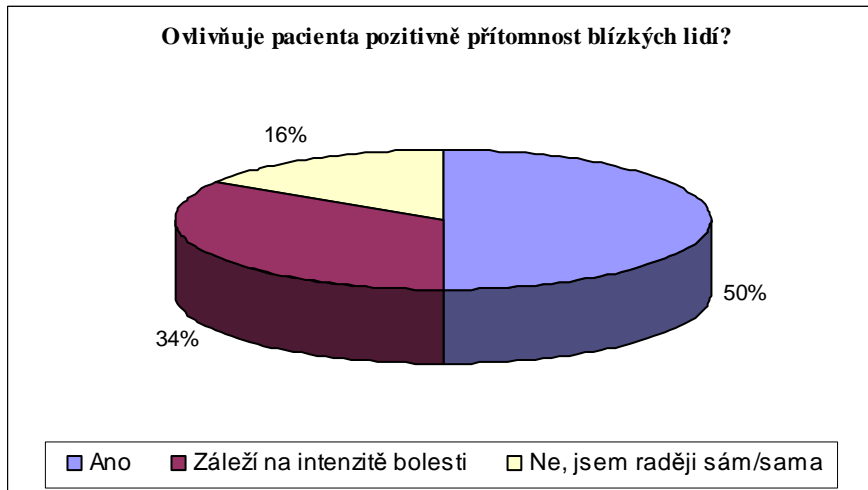
Na otázku, jak jsou K/P spokojeni s celkovou péčí při řešení bolesti, která jim byla poskytována od zdravotních sester odpovědělo 60 % respondentů, že jsou ve všem spokojeni. Skupina 37 % respondentů odpověděla, že jsou spokojeni skoro ve všem. Pouze 3 % dotázaných odpověděla, že jsou spokojeni jen málo v čem. Možnosti, že respondent není spokojen v ničem, nevyužil nikdo.



Obr. 20 – Graf celková spokojenost s péčí zdravotních sester při řešení bolesti (n = 105)

### Ovlivnění bolesti v přítomnosti blízkých lidí u K/P

Většina lidí nechce při bolestech zůstat sama. K/P zde vybírali ze tří možných odpovědí. Ptali jsme se, zda K/P pozitivně ovlivňuje přítomnost jejich blízkých. 50 % dotázaných odpovědělo, že ano. U 34 % dotázaných záleží na intenzitě bolesti a 16 % dotázaných odpovědělo ne, jsou raději sami.

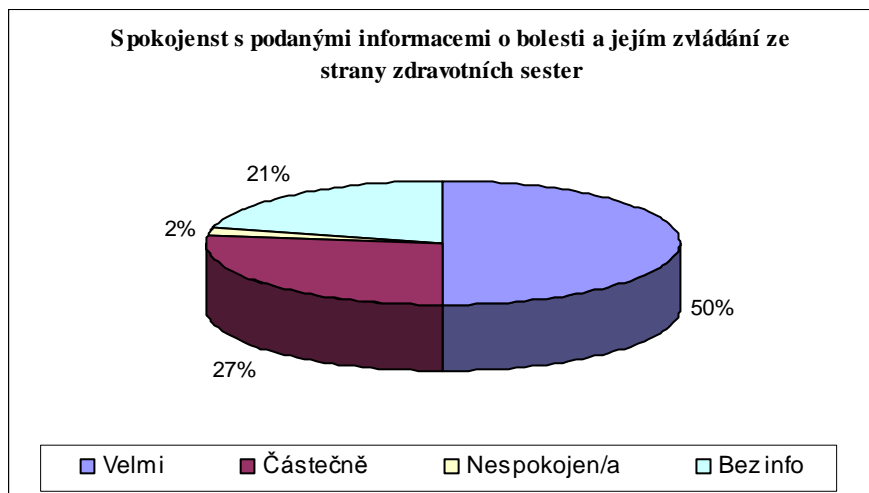


Obr. 21 – Graf ovlivňování bolesti v přítomnosti blízkých lidí u K/P (n = 105)

### Spokojenost s podanými informacemi o bolesti a jejím zvládnání ze strany zdravotních sester

Jak je patrné z grafu č. 22, K/P měli u otázky zaměřené na spokojenost s podanými informacemi o bolesti na výběr ze čtyř možných odpovědí. S podanými informacemi bylo velmi spokojeno 50 % dotázaných, 27 % bylo spokojeno částečně a 2 % K/P byla

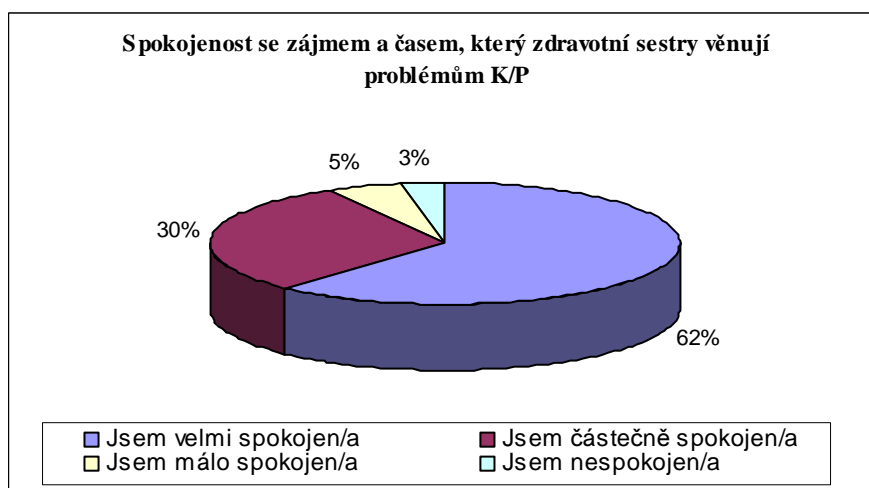
nespokojena. 21 % dotázaných uvedlo, že jim nebyly o bolesti a jejím případném zvládnání podány žádné informace.



Obr. 22 – Graf spokojenosti s podanými informacemi o bolesti a jejím zvládnání ze strany zdravotních sester (n = 105)

### Spokojenost K/P se zájmem a časem, který zdravotní sestry věnují jejich problémům

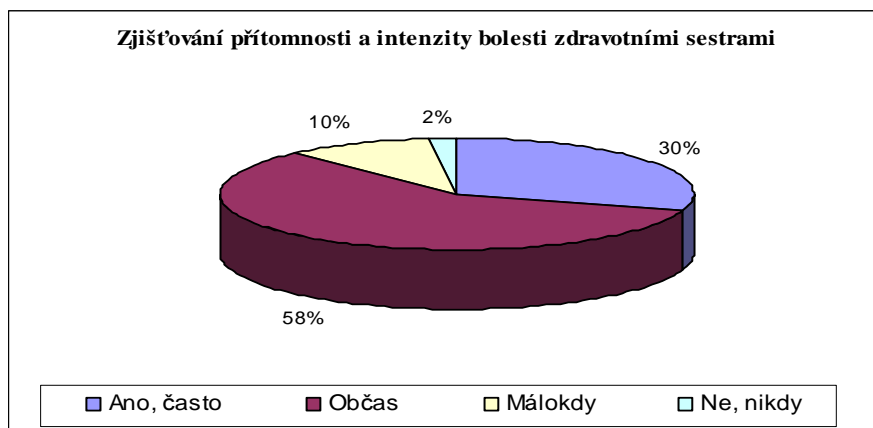
V dotazníkovém šetření odpovědělo 62 % respondentů, že jsou v tomto ohledu velmi spokojeni. 30 % dotázaných je částečně spokojeno, 5 % je spokojeno málo a 3 % dotázaných jsou nespokojena s časem a zájmem, který zdravotní sestry věnují jejich problémům.



Obr. 23 – Graf spokojenosti se zájmem a časem, který zdravotní sestry věnují problémům K/P (n = 105)

## Zjišťování přítomnosti a intenzity bolesti zdravotními sestrami

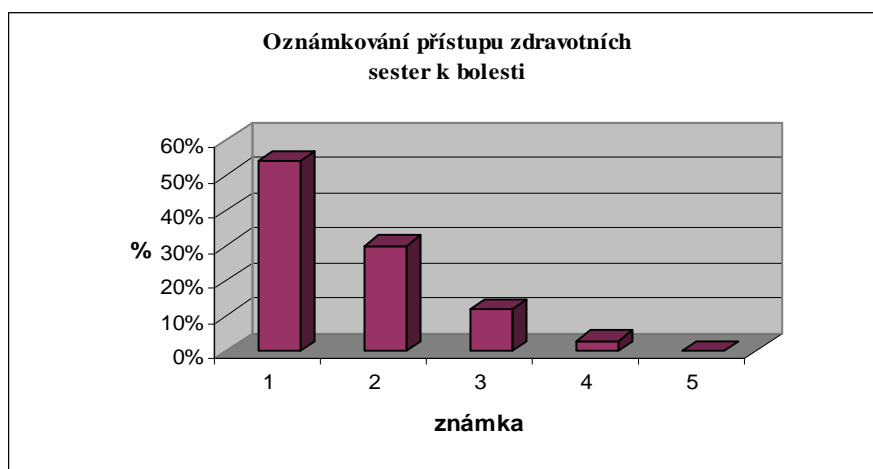
Tato otázka měla zmapovat to, zda se zdravotní sestry K/P ptají na přítomnost a intenzitu jejich bolesti. 30 % dotázaných uvedlo, že se jich zdravotní sestry na přítomnost a intenzitu bolesti ptají často. Největší skupina respondentů (58 %) zvolila možnost občas a 10 % dotázaných uvedlo, že se jich zdravotní sestry na přítomnost a intenzitu bolesti ptají málokdy. Nikdy se zdravotní sestry nezajímaly o přítomnost a intenzitu bolesti u 2 % dotázaných.



Obr. 24 – Graf zjišťování přítomnosti a intenzity bolesti zdravotními sestrami (n = 105)

## Oznámkování přístupu zdravotních sester k bolesti

Tato otázka obsahovala pět možných variant odpovědí a to v číselné škále 1-5. Úkolem respondentů bylo oznámkovat přístup zdravotních sester k bolesti jako ve škole. Znamku 1 by dalo 54 % respondentů, znamku 2 by dalo 30 % a znamku 3 ohodnotilo 12 % dotázaných. Znamku 4 by dala 3 % dotázaných a znamku 5 by nedal nikdo.



Obr. 25 – Graf oznámkování přístupu zdravotních sester k bolesti (n = 105)

## 15 Diskuze

Výzkum, který jsme provedli, nám poskytl mnoho zajímavých informací o tom, jak K/P bolest vnímají, jak ji prožívají, nebo jak ji dokáží ovlivnit. Dále jsme si utvořili představu o tom, jak jsou K/P spokojeni s přístupem zdravotních sester k tak závažné problematice, jakou bolest bezpochyby je. Berndt Rieger napsal, že bolest je přirozená jako sám život. V naší společnosti je ale poněkud nezvyklé o této problematice hovořit. My se ale v naší práci pokoušíme o bolesti hovořit otevřeně.

### Hypotéza č. 1 byla potvrzena

*„Domnívám se, že více jak 50 % dospělých K/P na standardním oddělení trpí bolestí.“*

Na otázku, zda K/P trpí v současné době bolestí, odpovědělo 65 % respondentů kladně. Toto zjištění potvrdilo naši první hypotézu. U této otázky jsme vyhodnotili přítomnost bolesti v závislosti na pohlaví. Dle našeho výzkumu bylo zjištěno, že bolestí trpí 75 % žen a 56 % mužů. O tom, kdo snáší bolest lépe, se vedou spory od nepaměti. Někteří zastávají názor, že muži snášejí bolest o mnoho lépe než ženy, jiní mají názor zcela opačný. Laura Janáčková a Jaro Křivohlavý uvádějí, že ženy jsou na bolestivé podněty více senzitivnější. Muži mají vyšší práh a toleranci k bolesti. Vyšší tolerance k bolesti u mužů se očekává i v rámci kulturní normy. Radkin Honzák uvádí, že jednou ze „svatých pravd“ je, že ženy více vydrží a dle Beatrice Sofaer naše kultura snáší bolest do značné míry, ale samozřejmě se tato snášenlivost liší individuálním vnímáním každého jedince. V jiné studii se ukázalo, že zdravotní sestry při hlášení bolestí K/P reagují méně na stížnosti mužů než žen. Muži hodnotili své bolesti jako závažnější a dožadovali se častěji úlevy, zdravotní sestry jim však podávaly méně medikace než ženám. Zdravotní sestry totiž předpokládaly, že muži budou bolesti snášet lépe než ženy. Podle jedné teorie je to dáno tím, že zdravotnický personál tvoří převážně ženy, takže se s ženami snadněji identifikují. (4, 5, 8, 12)

Dále jsme zjišťovali, jak by respondenti charakterizovali bolest, která je postihuje. Do možností odpovědí jsme cíleně neuváděli bolest akutní, chronická a remitentní vzhledem k tomu, že K/P nemusí znát časové dělení bolesti. Největší část K/P označila svou bolest jako akutní (57 %). Zjištění toho, jaká bolestí K/P postihuje je velice podstatné. Akutní, chronická a remitentní bolest jsou odlišné jednotky, a proto je k nim

nutno odlišně přistupovat. Dále jsme se snažili zjistit, jaký je obvyklý začátek klientovy bolesti. Hodnot 38 % a 33 % dosáhly odpovědi pozvolný a okamžitý začátek bolesti.

Velice podstatnou informací je také zjištění, jakou intenzitu K/P své bolesti přisuzují. Intenzitu bolesti měříme pomocí škál a měřítek, které jsme podrobně popsali v kapitole 6. Intenzitu bolesti hodnotíme s pacientem, nikoliv na pacientovi. Dle našeho výzkumu postihuje 50 % K/P bolest střední intenzity. Silná bolest postihuje 26 % respondentů. Bolest slabé intenzity postihuje 18 % dotázaných. Skupina respondentů, kteří trpí bolestí nesnesitelnou, tvoří nejmenší skupinu (6 %). Nikdy bychom neměli zpochybňovat intenzitu klientovy bolesti. Podle B. Sofaer mnoho zdravotních sester zpochybňuje klientovu bolest. Pokud K/P udává svou bolest jako silnou a dokáže normálně komunikovat s návštěvou, tak si intenzitu své bolesti nevymýšlí nebo ji nepřehání. Mnoho zdravotních sester a jiných zdravotníků se domnívá, že rozhodují oni a ne K/P, zda bolest existuje či neexistuje, a pokud existuje, jaká je její intenzita. Intenzitu bolesti nemůže nikdo popsat lépe než sám K/P. Radkin Honzák uvádí, že zdravotničtí pracovníci bagatelizují oprávněné stesky K/P a používají frázi, že slušní K/P něco vydrží a hysteričtí K/P naopak přehání. Dále uvádí alarmující zjištění, že pokud je v dokumentaci K/P povinně zaveden záznam sledující intenzitu bolesti, zdravotní sestry uvádějí nižší skóre, než jaké hlásí K/P, pokud nedoprovázejí své údaje bolestivým chováním. (4, 12)

Další zkoumanou oblast tvořilo zjištění, jaký druh bolesti K/P postihuje. Lékaři obvykle klasifikují bolest buď jako povrchovou nebo hlubokou. Povrchová bolest se může také označovat jako bolest somatická. Bolest hluboká jako viscerální. Z našeho výzkumu vyplynulo, že největší skupina dotázaných trpí bolestí hlubokou. Druhou nejpočetnější skupinu představovali respondenti trpící oběma druhy bolesti, které se vyskytují zejména při úrazech. Bolestí povrchovou trpí nejmenší skupina respondentů. Další otázka v dotazníku se zabývala obvyklým trváním bolesti. Nejvíce K/P (40 %) udalo, že jejich bolest obvykle trvá v rozmezí několika hodin. Nejmenší část respondentů (2 %) udala trvání jejich bolesti pouze několik vteřin.

Neléčená bolest negativně ovlivňuje tělesné i duševní zdraví K/P a její léčba může být velmi obtížná. Při léčbě bolesti je farmakoterapie nejčastěji užívanou metodou, proto jsme zjišťovali, jak často respondenti farmakoterapii využívají. Převažovala

odpověď příležitostné užívání léků. Poměrně vysoký počet respondentů (29 %) užívá dle dotazníkového šetření léky proti bolesti hodně a často. Toto zjištění je téměř alarmující v souvislosti s možným vznikem nežádoucích účinků při vysoce frekventovaném užívání nesteroidních protizánětlivých léků. Tyto nežádoucí účinky jsou uvedeny v kapitole 10.2.1.1. Jedno z možných vysvětlení pro časté užívání léků proti bolesti je síla reklamy. Mnoho lidí uvěří nerealistické situaci, ve které muž trpící nesnesitelnou bolestí hlavy spolkne dvě zázračné růžové pilulky a ihned se cítí naprosto perfektně. K/P mají k těmto lékům velice snadný přístup, jelikož jsou volně prodejné a jejich cena není příliš vysoká. I u této otázky jsme vyhodnotili rozdíly v užívání léků proti bolesti v závislosti na pohlaví. Pokud porovnáme nejčastější odpovědi u žen a mužů, získáme informaci, že celých 44 % žen užívá léky proti bolesti hodně a často. Počet mužů, kteří využili tuto možnost, je oproti ženám o více než polovinu menší, a to 18 %. Největší počet mužů (51 %) užívá léky proti bolesti příležitostně. Počet žen užívajících léky příležitostně činí 29 %.

To, že je farmakoterapie nejčastěji užívanou technikou zvládání bolesti dokládá zjištění, že celých 75 % respondentů nevyzkoušelo mimo farmakoterapii žádnou jinou techniku zvládání bolesti. Z technik, které K/P vyzkoušeli, převažuje operační řešení bolesti a hned za ním relaxace. Masáže a inhalace vyzkoušela pouze malá skupina respondentů (4 % a 2 %). Dále jsme zjišťovali, kdy K/P pociťují nejintenzivněji svou bolest. Většina (61 %) respondentů uvedla, že intenzita vnímání jejich bolesti nezáleží na denní době. Jako druhou nejčastější odpověď (30 %) vybrali K/P nejintenzivnější vnímání bolesti během noci. Nejintenzivnější vnímání bolesti během dne vybralo pouze 9 % dotázaných. Jaro Křivohlavý ve své publikaci uvádí, že ráno je obvykle vyšší práh bolesti. Odpoledne se dolní práh bolesti snižuje, proto nás vše více bolí. (8)

Další podstatnou informací bylo zjištění toho, jak bolest u K/P vzniká. U největší skupiny respondentů (29 %) bolest vzniká při nemoci. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že K/P nevědí, jak jejich bolest vzniká. Pooperační bolest udává 14 % K/P. Laura Janáčková uvádí, že K/P mnohem lépe snáší bolest při vyžádaném operačním výkonu, než K/P se srovnatelným výkonem způsobeným úrazem. Vedle informace o vzniku bolesti nás také zajímalo, zda má K/P bolest vyvolávající faktor. Toto zjištění je velice podstatné vzhledem k tomu, že pokud K/P vypozeruje co jeho bolest vyvolává, může tento vyvolávající faktor eliminovat nebo ho úplně odstranit. Úplné odstranění



vyvolávajícího faktoru bolesti nemusí být vždy možné. Pokud je bolest vyvolána například chůzí, nelze pro její odstranění přestat úplně chodit, ale pokusit se nalézt vhodnou techniku chůze nebo zajistit vhodné kompenzační pomůcky pro zmírnění bolesti při chůzi. Vyvolávající faktor své bolesti zná 34 % respondentů. 29 % respondentů uvedlo, že jejich bolest nemá vyvolávající faktor. Největší skupina dotázaných neví, zda má jejich bolest vyvolávající faktor. Pokud K/P uvedli, že jejich bolest vyvolávající faktor má, chtěli jsme zjistit, jaký faktor to je. Největší skupina respondentů uvedla, že vyvolávajícím faktorem jejich bolesti je fyzická námaha. (5)

Jak jsme již mnohokrát uvedli, bolest je komplexní děj, který se odráží jak v oblasti biologické, tak psychologické a sociální. Proto nás zajímalo, jaké příznaky klientovu bolest provázejí. Podle Laury Janáčkové mají stěžejní roli v prožívání bolesti úzkost a strach, které vedou jak ke snižování prahu bolesti a tak ke snižování tolerance k bolesti. Radkin Honzák také uvádí, že úzkost je nejčastějším emočním doprovodem bolesti. V odborné literatuře je dále uváděno, že bolest akutní je zpravidla provázena úzkostí, zatímco bolest chronická depresí. V našem výzkumu bylo zjištěno, že nejčastější příznak provázející K/P bolest je nespavost (26 %). Tuto informaci můžeme spojit se zjištěním, že 30 % K/P vnímá bolest nejintenzivněji v noci. Jako druhý nejčastější příznak K/P uváděli utrpení. Úzkost tvořila 8 % odpovědí, beznaděj a deprese pak 7 %. Do volných odpovědí uváděli K/P nejčastěji únavu (9 %) a noční probouzení (4 %). (4, 5)

## **Hypotéza č. 2 nebyla potvrzena**

*„Myslím si, že více jak 50 % K/P není spokojeno s přístupem zdravotních sester k zmírnění či odstranění bolesti.“*

K potvrzení této hypotézy jsme zjišťovali, zda zdravotní sestry vyhledávají při K/P bolesti její zmírnění či odstranění. Nejčastěji se vyskytovala odpověď téměř vždy (37 %), odpověď vždy označilo 27 % respondentů. Stejný počet odpovědí získala možnost občas. Záporně na tuto otázku odpovědělo pouze 7 % K/P. Další otázka pro zjištění přístupu zdravotních sester k bolesti se zabývala tím, jak často zdravotní sestry reagují na K/P bolest. I zde byla většina odpovědí kladná. U největší skupiny respondentů reagují sestry na jejich bolest vždy (49 %), o něco menší část dotázaných (37 %) odpověděla, že na jejich bolest reagují zdravotní sestry téměř vždy. Odpověď občas zvolilo 11 % dotázaných. Nejmenší skupina (3 %) označila odpověď málokdy a nikdo z dotázaných neoznačil možnost nikdy. Zdravotní sestry by se nikdy neměly ke K/P bolesti chovat nevšímavě, bagatelizovat a kritizovat K/P bolest, reagovat na K/P bolest úsečně a stroze. Měly by se naučit zaujímat ke K/P empatický vztah, nespíchat, když jim K/P něco sděluje a vždy projevit zájem a reagovat na K/P bolest. (8)

Beatrice Sofaer ve své publikaci uvádí, že zdravotní sestry mají mnohem lepší možnost než ostatní zdravotníci vytvářet si s K/P úzký a smysluplný vztah. Mnohdy se právě jim K/P svěří s tím, co je právě trápí a čekají od nich radu a pomoc. Jelikož je bolest složitý komplexní děj, má vztah zdravotní sestry ke K/P obrovský význam. Proto jsme zjišťovali, jak K/P hodnotí přístup právě zdravotních sester k problematice bolesti. Celých 90 % dotázaných uvedlo vstřícný přístup zdravotních sester. Soucitný přístup má dle K/P pouze 8 % zdravotních sester. Nepřátelsky se zdravotní sestry nechovaly k nikomu a přístup bez zájmu označila pouze 2 % dotázaných. Beatrice Sofaer dále uvádí, že když se K/P zeptali na to, co proti jejich bolesti mohou lékaři a zdravotní sestry udělat, většina z nich odpověděla, aby s nimi někdo o bolesti mluvil a aby se zdravotní sestry snažily jejich problémy co nejrychleji pochopit. (12)

Dále jsme zjišťovali, od koho K/P očekávají při bolestech největší podporu. Do možností odpovědí jsme zařadili jak zdravotníky, tak rodinu, přátele nebo možnost volné odpovědi. Také nás zajímalo, jaké budou rozdíly v očekávání podpory v závislosti na pohlaví. Více jak polovina K/P označila, že největší podporu při bolestech očekává

od lékařů. Laura Janáčková ve své publikaci uvádí, že K/P očekávají od lékařů vysoký zájem o jejich problémy, rychlou a účinnou pomoc, profesionalitu, lidskost a samozřejmě podporu. Mnoho lidí se domnívá, že návštěvou lékařské ordinace, získali vstupenku k někomu, kdo rozumí všem jejich problémům. Největší podporu od zdravotních sester očekává 20 % K/P. Rodinu zvolilo 16 % a přátele 2 % respondentů. 3 % K/P odpověděla, že neočekávají při bolestech podporu od nikoho. Tuto odpověď zvolili pouze muži. Ženy očekávají největší podporu při bolestech od lékařů (58 %) a od rodiny (21 %). Největší skupina mužů očekává podporu také od lékařů (60 %). Druhou nejčastější odpovědí v mužské populaci byly zdravotní sestry (18 %). Z těchto zjištění vyplývá to, že aby byla léčba bolesti úspěšná, je nutná velice dobrá spolupráce mezi lékaři, sestrami a rodinami K/P, protože právě tito lidé jsou pro K/P největší podporou v těžkých chvílích. Je správné vytvořit si ke K/P vztah, který mu umožní hovořit o jeho pocitech. Jak uvádí Beatrice Sofaer, zdravotní sestry mají jedinečnou možnost komunikovat s K/P, mezi sebou a s lékaři. (5, 12)

K potvrzení či vyvrácení stanovené hypotézy jsme také zjišťovali, jak jsou K/P celkově spokojeni s péčí ze strany zdravotních sester při řešení bolesti. Z celkového počtu respondentů jich 60 % odpovědělo, že jsou spokojeni ve všem, 37 % K/P je spokojeno skoro ve všem. Málo v čem byla spokojena pouze 3 % dotázaných a možnost úplné nespokojenosti nevyužil nikdo. Toto zjištění pro nás bylo velice pozitivní.

Jak jsme již výše popsali, zjišťovali jsme od koho K/P očekávají největší podporu. Dále nás zajímalo, zda K/P při bolestech pozitivně ovlivňuje přítomnost blízkých lidí. Přesně polovina dotázaných na tuto otázku odpověděla kladně. 34 % K/P uvedlo, že záleží na intenzitě jejich bolesti a 16 % K/P je při bolestech raději o samotě. Jak jsme již zmínili v kapitole 5.2, vnímání bolesti je ovlivněno mnoha osobnostními rysy. S tím také úzce souvisí to, jak K/P bolest prožívá, jak moc se nechá ovlivnit svým okolím a jak moc je na něm závislý. Tyto informace jsou důležité jak u dospělých K/P, tak u dětí, kde přítomnost blízké osoby hraje obrovský význam. Obecně vedou dobré rodinné vztahy k lepšímu zvládání bolesti. Coob (1985) provedl studii, ve které lékaři vyšli z předpokladu, že K/P budou vykazovat více bolestivého chování, budou-li sledováni utěšujícími příbuznými, než bude-li sledovatelem nezávislý pozorovatel, a naopak. Tento předpoklad se plně potvrdil. (4)

Každý z nás zajisté někdy pocítil bolest. Bolest různého trvání, intenzity nebo charakteru. V této situaci chceme získat co nejvíce informací o tom, proč nás něco bolí, jak nám mohou pomoci zdravotníci nebo co můžeme pro zvládnání bolesti udělat my sami. V odborné literatuře je uváděno, že zdravotní sestry by K/P měly psychologicky pomáhat tím, že jim poskytnou informace v rámci jejich kompetencí a budou se snažit K/P co nejvíce zapojit do léčby. Karel Nešpor ve své knize popisuje to, jak může být informovanost důležitá. Svědčí o tom výzkum prováděný u K/P před operací. Části K/P byly sděleny informace o tom, jak bude operace probíhat, jak budou vypadat pooperační bolesti, jak mají dýchat nebo měnit polohu. U informovaných K/P došlo v pooperačním období ke snížené spotřebě analgetik a ke zkrácení nemocniční léčby. Náš výzkum prokázal, že s podanými informacemi ze strany zdravotních sester bylo spokojeno 50 % dotázaných. Částečně bylo spokojeno 27 % K/P, nespokojena byla pouze 2 % K/P. Celkem vysoký počet K/P (21 %) uvedl, že jim nebyly ze strany zdravotních sester o bolesti podány žádné informace. (10)

Dále jsme do dotazníku zařadili otázku, jak jsou K/P spokojeni se zájmem a časem, který zdravotní sestry věnují jejich problémům. 62 % respondentů uvedlo, že jsou v tomto ohledu velmi spokojeni. Částečně spokojeno je 30 % respondentů, 5 % je spokojeno málo a 3 % K/P nejsou spokojena. Osobně si myslím, že tyto výsledky jsou pozitivní. Mnoha lidem se velmi uleví, jen když mají možnost se se svými problémy někomu svěřit. Zdravotním sestrám bych v tomto ohledu vytkla jednu věc a to, že pokud K/P chce o svých problémech mluvit a čeká, že ho vyslechneme, věnujme mu pozornost. Mnoho zdravotních sester s K/P hovoří a přitom v ruce drží kliku od dveří pokoje, čímž mu dává jasně najevo, povídejte rychle, nemám čas. Chvilé strávená s člověkem, kterého něco trápí, pro něj má obrovský význam.

Na to, jak by K/P popsali intenzitu své bolesti, jsme se již ptali. Také nás zajímalo, jak často se zdravotní sestry K/P ptají na přítomnost bolesti a její intenzitu. Beatrice Sofaer uvádí, že neexistují žádná striktní pravidla o časových odstupech mezi hodnocením bolestí u téhož K/P. Zdravotní sestry by však měly bezpodmínečně zaznamenávat podání a účinek analgetik nebo jiné strategie na zmírnění bolestí. V prvních dvou nebo třech dnech po operaci může být optimální hodnotit bolesti každé dvě až tři hodiny, pak postupně četost hodnocení omezovat. Největší část K/P (58 %) odpověděla, že se jich zdravotní sestry na přítomnost a intenzitu bolesti ptají občas.

30 % K/P uvedlo, že se jich zdravotní sestry ptají na přítomnost a intenzitu bolesti často. U 10 % K/P se zdravotní sestry ptají na přítomnost a intenzitu bolesti málokdy. Nikdy pak nezjišťují zdravotní sestry přítomnost a intenzitu bolesti u 2 % K/P. Pokud si K/P stěžuje na bolesti před hodinou stanovenou pro další medikaci, neměl by mít pocit, že reaguje nevhodně. (12)

Nakonec našeho výzkumu jsme chtěli zjistit, jak by K/P oznámkovali přístup zdravotních sester k bolesti. K/P známkovali zdravotní sestry jako ve škole na číselné škále 1-5. Znamku 1 udělila zdravotním sestrám více než polovina K/P (54 %). Znamku 2 by dalo 30 % respondentů, znamku 3 pak 12 % a znamku 4 3 % dotázaných. Znamku 5 by zdravotním sestrám z liberecké nemocnice nedal nikdo.

## 16 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou bolesti u K/P. V teoretické části jsme se seznámili s bolestí jako s bio-psycho-sociálním problémem, s její historií, diagnostikou i terapií.

Na úplném začátku tvorby jsme si stanovili dvě hypotézy a dva cíle této práce. Výzkum potvrdil naši první hypotézu týkající se výskytu bolesti u K/P na standardním nemocničním oddělení. Druhá hypotéza týkající se přístupu zdravotních sester k bolesti potvrzena nebyla. Výzkum prokázal, že více jak 50 % K/P na standardním nemocničním oddělení trpí bolestí. Bolest, kterou K/P trpí nejčastěji, je bolest akutní, mívá okamžitý začátek a nejčastěji ji K/P přisuzují střední intenzitu. Nejvíce K/P popisuje svou bolest jako hlubokou, nejčastěji trvá několik hodin. Nejvíce K/P využívá farmakoterapii bolesti příležitostně a nejvíce jich také nikdy nevyzkoušelo jinou techniku zvládání bolesti. U největší části K/P nezáleží intenzita vnímání bolesti na denní době a příčinu jejího vzniku nejčastěji připisují nemoci. Nejpočetnější skupina respondentů neví, zda má jejich bolest vyvolávající faktor a nejvíce K/P provází při jejich bolestech nespavost.

Výzkum nepotvrdil stanovenou hypotézu, která předpokládala, že více jak 50 % K/P není spokojeno s přístupem zdravotních sester k zmírnění či odstranění bolesti. Nejvíce K/P uvedlo, že zdravotní sestry vyhledávají při bolestech jejich zmírnění či odstranění občas. Nejhojněji se vyskytovala odpověď, že zdravotní sestry reagují na K/P bolest vždy a jejich přístup je vstřícný. Dále K/P uváděli, že nejvíce spoléhají při řešení bolesti na lékaře, největší část respondentů uvedla, že je ve všem spokojena a přítomnost blízkých lidí při bolestech je ovlivňuje pozitivně. S podanými informacemi a časem, který zdravotní sestry věnují klientovým problémům, je velmi spokojena opět největší část K/P. U nejpočetnější skupiny dotázaných se zdravotní sestry ptají na přítomnost a intenzitu K/P bolesti občas a největší počet hlasů při známkování zdravotních sester získala známka 1.

Domnívám se, že jsme splnili i oba cíle práce, které jsme si vytyčili. Pomocí dotazníkového šetření jsme monitorovali bolest u dospělých K/P na standardním

nemocničním oddělení a sledovali jsme přístup ošetrovatelského personálu ke zmírnění či odstranění bolesti.

Na základě získaných informací lze stanovit několik doporučení pro praxi:

- Pokusit se snížit množství K/P trpících bolestí pomocí různých technik zvládání bolesti.
- Zavést do nemocniční praxe i jiné techniky zvládání bolesti než je farmakoterapie.
- Pokusit se vždy zjistit, jaký je původ K/P bolesti.
- Ve spolupráci s K/P se pokusit zjistit, zda má jeho bolest vyvolávající faktor, popřípadě jaký.
- U K/P pravidelně sledovat spánek a jeho kvalitu.
- Zajistit, aby všichni K/P získali informace o bolesti a jejím případném zvládání.

Do budoucna by bylo dobré, aby si zdravotní sestry uvědomovaly svou důležitost v procesu léčby bolesti a měly možnost se v problematice bolesti vzdělávat. Je žádoucí dozvědět se o této problematice co nejvíce např. četbou, účastí na seminářích, nebo diskutováním o problémech s kolegy. Jako námět pro další zkoumání, bych navrhovala zjistit, do jaké míry jsou zdravotní sestry informovány o různých technikách zvládání bolesti. Snad nejpodstatnější je, aby se člověku trpícímu bolestí dostalo psychické podpory a abychom ho my, zdravotníci, podporovali v aktivním boji proti utrpení a bolesti samotné. Problematika bolesti je provázena řadou mýtů, které budou v povědomí veřejnosti přetrvávat tak dlouho, dokud se o této problematice nebude otevřeně hovořit.

Závěrem doufáme, že tato práce je přínosná pro všechny, kteří si ji přečetli.

*„Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí.“*

McCaffery

## 17 Soupis bibliografických citací

1. BRYCHTA, Milan. Bolest v průběhu onkologického onemocnění. Bolest: Časopis pro studium a léčbu bolesti, 2000, roč. 3, č. 3, s. 140.
2. FERKO, A. a kol. *Chirurgie v kostce*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 596. ISBN 80-247-0230-4
3. HYNIE, Sixtus. *Farmakologie v kostce*. 2.vyd. Praha: Triton, 2001, s. 520. ISBN 80-7254-181-1
4. HONZÁK, Radkin. *Bolest z psychosomatického pohledu*, 2.vyd. Praha: Maxdorf, 1993, s. 44. ISBN 80-85800-11-X
5. JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 192. ISBN 978-80-7367-210-2
6. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 368. ISBN 978-80-247-1830-9
7. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 356. ISBN 80-247-1720-4
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Bolest: její diagnostika a psychoterapie*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno pro ILF Praha, 1992, s. 68 . ISBN 57-870-92
9. MELZACK, Ronald. *Záhada bolesti*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1978, s. 188. ISBN 08-041-78
10. NEŠPOR, Karel. *Bolest se dá zvládnout: Jak zmírnit bolest vlastními silami*. 1.vyd. Praha: Lidové noviny, 2004, s. 167. ISBN 80-7106-362-2
11. RIEGER, Berndt. *Lži o prostředcích proti bolesti*. 1.vyd. Brno: MOBA, 2004, s. 218. ISBN 80-243-1994-2
12. SOFAER, Beatrice. *Bolest: Příručka pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1997, s. 104. ISBN 80-7169-309-X
13. ŠEVČÍK, Pavel. *Bolest a možnosti její kontroly*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1994, s. 236. ISBN 57-861-94
14. VONDRÁČKOVÁ, Dana. *Musí nemocný s nádorovým onemocněním trpět bolestí? Jak na bolest?* Praha: TIGIS, 2003, s. 73. ISBN 80-900130-3-1



## **18 Seznam příloh**

Příloha č. 1: PQRST: abeceda bolesti.....	58
Příloha č. 2: Číselná hodnotící škála.....	58
Příloha č. 3: Škála hodnotící intenzitu bolesti.....	59
Příloha č. 4: Vizuálně analogová škála.....	60
Příloha č. 5: Dotazník.....	61
Příloha č. 6: Tabulky.....	65
Příloha č. 7: Přílohové grafy.....	71

## Příloha č. 1: PQRST: abeceda bolesti

### PQRST: abeceda bolesti

Aby jste shromáždili všechny důležité informace o pacientově bolesti, používejte memotechnickou pomůcku PQRST. Níže uvedené otázky zjišťují důležité detaily o bolesti.

#### P

P: Provokuje/  
Pomáhá  
Zeptejte se  
Pacienta:  
• Co bolest  
provokuje  
(vyvolává)  
nebo zhoršuje  
• Co bolest  
pomáhá  
zmírňovat

#### Q

Q: Kvalita/Kvantita  
Zeptejte se pacienta:  
• Popsal/a byste mi  
svou bolest? Je to  
rozbolavělé,  
intenzivní, bodavé  
jako nožem, pálivé,  
křečové?  
• Bolí vás to právě  
teď? Pokud ano,  
je to silnější či slabší  
bolest než  
obvykle?  
• Jakým způsobem  
ovlivňuje vaše  
normální aktivity?  
• Máte při bolestech  
i jiné příznaky,  
např. nevolnost či  
zvracíte?

#### R

R: Region/Radiace  
Zeptejte se  
pacienta:  
• Kde vás to bolí?  
• Vyzařuje Vaše  
bolest do jiných  
částí těla?

#### S

S: Silné bolesti  
Zeptejte se  
pacienta:  
• Jak silně vás to  
bolí? Jakým  
číslem na úsečce  
od 0 do 10, kde 0  
znamená „žádná  
bolest“ a 10  
znamená  
„nejhorší  
představitelná  
bolest“, byste  
bolest označil/a?  
• Jak intenzivní je  
nejméně bolest?  
Jak intenzivní bolest  
pocítujete právě  
teď?

#### T

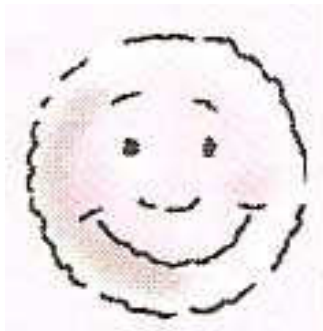
T: Trvání bolesti  
Zeptejte se  
pacienta:  
• Kdy bolesti  
začaly?  
• V kterou denní  
dobu jsou  
bolesti  
nejhorší?  
• Začaly bolesti  
postupně,  
nebo se  
objevily náhle?  
• Je bolest  
stálá, nebo je  
nějakou dobu  
přítomna  
a pak jste  
nějakou dobu  
bez bolesti?

## Příloha č. 2: Číselná hodnotící škála

Žádná bolest	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nejhorší možná bolest
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Příloha č. 3: Škála hodnotící intenzitu bolesti  
( dle Kolektiv autorů )

0



4



1



5



2



3



#### Příloha č. 4: Vizuálně analogová škála



## Příloha č. 5: Dotazník

### **Dobrý den.**

Jmenuji se Kristýna Macková a jsem studentkou bakalářského oboru Všeobecná sestra na Technické univerzitě v Liberci. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako podklad výzkumné části mé bakalářské práce. Mým cílem je monitorovat bolest u pacientů na nemocničním oddělení. Dotazník je určen lidem nad 18 let a je zcela anonymní. Prosím, aby jste Vámi vybranou odpověď zakroužkovali. U každé otázky vyberte jednu možnost, nebo doplňte slovní odpověď. V případě zájmu, mě můžete kontaktovat na emailové adrese Kristyna878@seznam.cz. Předem děkuji za spolupráci a za čas, který strávíte vyplňováním dotazníku.

### **Pohlaví:**

- a) Žena
- b) Muž

### **Věk:**

- a) 18 – 24
- b) 25 – 34
- c) 35 – 44
- d) 45 – 54
- e) 55 – 64
- f) 65 – 74
- g) 75 a více

### **1) Trpíte v současné době bolestí?**

- a) Ano
- b) Ne

### **2) Jak by jste charakterizovali Vaši bolest?**

- a) Trvající několik hodin až několik týdnů
- b) Trvající déle než 6 měsíců
- c) Navracející se po čase bez bolesti

### **3) Začátek Vaší bolesti je obvykle:**

- a) Okamžitý
- b) Pozvolný
- c) Bolest trvá stále

### **4) Při Vaší bolesti je její intenzita:**

- a) Slabá
- b) Střední
- c) Silná
- d) Nesnesitelná

### **5) Jaký druh bolesti Vás postihuje?**

- a) Povrchová
- b) Hluboká
- c) Oba druhy bolesti

**6) Jaké je obvykle trvání Vaší bolesti?**

- a) Několik vteřin
- b) Několik minut
- c) Více jak 10 minut
- d) Několik hodin
- e) Stálá bolest

**7) Léky proti bolesti užíváte:**

- a) Žádné
- b) Příležitostně
- c) Velmi málo
- d) Hodně a často
- e) Velmi mnoho
- f) Nevím

**8) Vyzkoušeli jste i jiné techniky zvládání bolesti mimo užívání léků na bolest?**

- a) Ne
- b) Ano, jaké.....

**9) Kdy nejintenzivněji vnímáte bolest?**

- a) V průběhu dne
- b) V průběhu noci
- c) Nezáleží na denní době

**10) Jaká je příčina vzniku Vaší bolesti?**

- a) Operace
- b) Úraz
- c) Nemoc
- d) Nevím
- e) Jiná.....

**11) Má Vaše bolest vyvolávající faktor?**

- a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevím
- Pokud ANO, jaký:.....

**12) Jaký příznak nejčastěji provází Vaši bolest?**

- a) Úzkost
- b) Strach
- c) Beznaděj
- d) Deprese
- e) Utrpení
- f) Nespavost
- g) Jiný:.....

**13) Vyhledávají zdravotní sestry při bolestech jejich zmírnění či odstranění?**

- a) Ano, vždy
- b) Téměř vždy
- c) Občas
- d) Ne

**14) Zdravotní sestry reagují na Vaši bolest:**

- a) Vždy
- b) Téměř vždy
- c) Občas
- d) Málokdy
- e) Nikdy

**15) Při bolestech je přístup zdravotních sester?**

- a) Vstřícný
- b) Soucitný
- c) Nepřátelský
- d) Bez zájmu

**16) Pokud trpíte bolestí, největší podporu očekáváte od:**

- a) Lékařů
- b) Sester
- c) Rodiny
- d) Přátel
- e) Jiný.....

**17) Jak jste spokojen/a s celkovou péčí, která je Vám poskytována při řešení bolesti ze strany zdravotních sester?**

- a) Ve všem jsem spokojen/a
- b) Skoro ve všem jsem spokojen/a
- c) Málo v čem jsem spokojen/a
- d) V ničem nejsem spokojen/a

**18) Ovlivňuje Vás pozitivně přítomnost Vašich blízkých?**

- a) Ano
- b) Záleží na intenzitě bolesti
- c) Ne, jsem raději sám/sama

**19) Jak jste celkově spokojen/a s informacemi o bolesti a jejím zvládnutí, které Vám byly podány ze strany zdravotních sester?**

- a) Jsem velmi spokojen/a
- b) Částečně jsem spokojen/a
- c) Jsem nespokojen/a
- d) Nebyly mi podány žádné informace

**20) Jak jste spokojen/a se zájmem a časem, který zdravotní sestry věnují Vaším problémům?**

- a) Jsem velmi spokojen/a
- b) Jsem částečně spokojen/a
- c) Jsem málo spokojen/a
- d) Jsem nespokojen/a

**21) Ptá se Vás zdravotní sestra na přítomnost a intenzitu Vaší bolesti?**

- a) Ano, často
- b) Občas
- c) Málokdy
- d) Ne, nikdy

**22) Pokud by jste měl/a oznámkovat přístup zdravotních sester k zmírnění či odstranění bolesti, jakou známku by jste dali?**

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5



## Příloha č. 6: Tabulky

Přílohová tabulka 1 – Pohlaví

<b>Pohlaví</b>			
Žena	48	45,71%	46%
Muž	57	54,29%	54%
Celkem	105	100%	

Přílohová tabulka 2 – Věk

<b>Věk</b>			
18 - 24	2	1,90%	2%
25 - 34	2	1,90%	2%
35 - 44	8	7,62%	8%
45 - 54	16	15,24%	15%
55 - 64	34	32,38%	32%
65 - 74	28	26,67%	27%
75 a více	15	14,29%	14%
Celkem	105	100%	

Přílohová tabulka 3 – Výskyt bolesti na nemocničním oddělení

<b>1. V současné době trpíte bolestí?</b>			
Ano	68	64,76%	65%
Ne	37	35,24%	35%
Celkem	105	100%	

Přílohová tabulka 4 – Výskyt bolesti na nemocničním oddělení u žen

<b>Výskyt bolesti u žen na nemocničním oddělení</b>			
Ano	36	75%	75,00%
Ne	12	25%	25,00%
Celkem	48	100%	

Přílohová tabulka 5 – Výskyt bolesti na nemocničním oddělení u mužů

<b>Výskyt bolesti u mužů na nemocničním oddělení</b>			
Ano	32	56,14%	56%
Ne	25	43,86%	44%
Celkem	57	100%	

Přílohová tabulka 6 – Charakteristika bolesti

<b>2. Jaké je trvání Vaší bolesti?</b>			
Trvající několik hodin až několik týdnů	60	57,14%	57,00%
Trvající déle než 6 měsíců	19	18,10%	18,00%
Navracející se po čase bez bolesti	26	24,76%	25,00%
Celkem	105	100%	

Přílohová tabulka 7 – Začátek bolesti

<b>3. Začátek Vaší bolesti je obvykle:</b>			
Okamžitý	35	33,33%	33%
Pozvolný	40	38,10%	38%
Bolest trvá stále	30	28,57%	29%
Celkem	105	100%	

Přílohová tabulka 8 – Intenzita bolesti

<b>4. Intenzita bolesti:</b>			
Slabá	19	18,10%	18%
Střední	53	50,48%	50%
Silná	27	25,71%	26%
Nesnesitelná	6	5,71%	6%
Celkem	105	100%	

Přílohová tabulka 9 – Duh bolesti

<b>5. Jaký duh bolesti Vás postihuje?</b>			
Povrchová	18	17,14%	17%
Hluboká	51	48,57%	49%
Oba druhy bolesti	36	34,29%	34%
Celkem	105	100%	

Přílohová tabulka 10 – Doba trvání bolesti

<b>6. Jaké je obvykle trvání Vaší bolesti?</b>			
Několik vteřin	2	1,90%	2%
Několik minut	9	8,57%	9%
Více jak 10 minut	20	19,05%	19%
Několik hodin	42	40,00%	40%
Stálá bolest	32	30,48%	30%
Celkem	105	100%	

Přílohová tabulka 11 – Četnost užívání léků proti bolesti

<b>7. Léky proti bolesti užíváte:</b>			
Žádné	8	7,62%	8%
Příležitostně	42	40,00%	40%
Velmi málo	12	11,43%	11%
Hodně a často	31	29,52%	29%
Velmi mnoho	9	8,57%	9%
Nevím	3	2,86%	3%
Celkem	105	100%	

Přílohová tabulka 12 – Četnost užívání léků proti bolesti u žen

<b>Užívání léků proti bolesti u žen:</b>			
Žádné	3	6,25%	6%
Příležitostně	13	27,08%	27%
Velmi málo	4	8,33%	8%
Hodně a často	21	43,75%	44%
Velmi mnoho	6	12,50%	13%
Nevím	1	2,08%	2%
Celkem	48	100%	

Přílohavá tabulka 13 – Četnost užívání léků proti bolesti u mužů

<b>Užívání léků proti bolesti u mužů:</b>			
Žádné	5	8,77%	9%
Příležitostně	29	50,88%	51%
Velmi málo	8	14,04%	14%
Hodně a často	10	17,54%	18%
Velmi mnoho	3	5,26%	5%
Nevím	2	3,51%	4%
Celkem	57	100%	

Přílohavá tabulka 14 – Techniky zvládání bolesti (kromě farmakoterapie)

<b>8. Vyzkoušeli jste i jiné techniky zvládání bolesti mimo užívání léků na bolest?</b>				
Ne		79	75,24%	75%
Ano, jaké	operace	11	10,48%	10%
	inhalace	2	1,90%	2%
	masáže	4	3,81%	4%
	relaxace	9	8,57%	9%
Celkem		105	100%	

Přílohavá tabulka 15 – Intenzita vnímání bolesti v závislosti na denní době

<b>9. Kdy Nejintenzivněji vnímáte bolest?</b>			
V průběhu dne	9	8,57%	9%
V průběhu noci	32	30,48%	30%
Nezáleží na denní době	64	60,95%	61%
Celkem	105	100%	

Přílohavá tabulka 16 – Příčiny vzniku bolesti

10. Jaká je příčina vzniku Vaší bolesti?				
Operace		15	14,29%	14%
Úraz		9	8,57%	9%
Nemoc		31	29,52%	29%
Nevím		28	26,67%	27%
Jiná:	onem. kloubů	6	5,71%	6%
	onem. páteře	8	7,62%	7%
	zánětlivá onem. DB	3	2,86%	3%
	migréna	5	4,76%	5%
Celkem		105	100%	

Přílohavá tabulka 17 – Přítomnost vyvolávajícího faktoru bolesti

11. Má Vaše bolest vyvolávající faktor?					
Ano	36	34,29%	34%		
Ne	30	28,57%	29%		
Nevím	39	37,14%	37%		
Celkem	105	100,00%			
Pokud ano, jaký:		fyzická zátěž	15	41,67%	42%
		nevhodná strava	9	25,00%	25%
		únava	12	33,33%	33%
		Celkem	36	100%	

Přílohová tabulka 18 – Příznaky provázející bolest

<b>12. Jaký příznak nejčastěji provází Vaši bolest?</b>				
Úzkost	8	7,62%	8%	
Strach	20	19,05%	19%	
Beznaděj	7	6,67%	7%	
Deprese	7	6,67%	7%	
Utrpení	21	20,00%	20%	
Nespavost	28	26,67%	26%	
Jiné: noční probouzení	4	3,81%	4%	
únava	10	9,52%	9%	
Celkem	105	100%		

Přílohová tabulka 19 – Zmírňování či odstraňování bolesti ze strany zdravotních sester

<b>13. Vyhledávají zdravotní sestry při bolestech jejich zmírnění či odstranění?</b>			
Ano, vždy	29	27,62%	27%
Téměř vždy	41	39,05%	39%
Občas	28	26,67%	27%
Ne	7	6,67%	7%
Celkem	105	100%	

Přílohová tabulka 20 – Reakce zdravotních sester na bolest

<b>14. Sestry reagují na Vaši bolest:</b>			
Vždy	51	48,57%	49%
Téměř vždy	39	37,14%	37%
Občas	12	11,43%	11%
Málokdy	3	2,86%	3%
Nikdy	0	0,00%	0%
Celkem	105	100%	

Přílohová tabulka 21 – Přístup zdravotních sester ke K/P trpícímu bolestí

<b>15. Při bolestech je přístup zdravotních sester?</b>			
Vstřícný	95	90,48%	90%
Soucitný	8	7,62%	8%
Nepřátelský	0	0,00%	0%
Bez zájmu	2	1,90%	2%
Celkem	105	100%	

Přílohová tabulka 22 – Podpora očekávaná při bolestech

<b>16. Pokud trpíte bolestí, největší podporu očekáváte od:</b>			
Lékařů	62	59,05%	59%
Sester	21	20,00%	20%
Rodiny	17	16,19%	16%
Přátel	2	1,90%	2%
Jiný: Nikoho	3	2,86%	3%
Celkem	105	100%	

Přílohová tabulka 23 – Podpora očekávaná při bolestech u žen

<b>Očekávaná podpora při bolestech u žen</b>			
Lékaři	28	58,33%	58%
Sestry	8	16,67%	17%
Rodina	10	20,83%	21%
Přátelé	2	4,17%	4%
Nikdo	0	0%	0%
Celkem	48	100%	

Přílohová tabulka 24 – Podpora očekávaná při bolestech u mužů

<b>Očekávaná podpora při bolestech u mužů</b>			
Lékaři	34	59,65%	60%
Sestry	13	22,81%	23%
Rodina	7	12,28%	12%
Přátelé	0	0%	0%
Nikdo	3	5,26%	5%
Celkem	57	100%	

Přílohová tabulka 25 – Celková spokojenost s péčí zdravotních sester při řešení bolesti

<b>17. Jak jste spokojen/a s celkovou péčí, která je Vám poskytována při řešení bolesti ze strany zdravotních sester?</b>			
Ve všem jsem spokojen/a	63	60,00%	60%
Skoro ve všem jsem spokojen/a	39	37,14%	37%
Málo v čem jsem spokojen/a	3	2,86%	3%
V ničem nejsem spokojen/a	0	0,00%	0%
Celkem	105	100%	

Přílohová tabulka 26 – Pozitivní ovlivnění bolesti v přítomnosti blízkých lidí

<b>18. Ovlivňuje Vás pozitivně přítomnost vašich blízkých?</b>			
Ano	52	49,52%	50%
Záleží na intenzitě bolesti	36	34,29%	34%
Ne, jsem raději sám/sama	17	16,19%	16%
Celkem	105	100%	

Přílohová tabulka 27 – Spokojenost s podanými informacemi o bolesti a jejím zvládnutí ze strany zdravotních sester

<b>19. Jak jste celkově spokojen/a s informacemi o bolesti a jejím zvládnutí, které Vám byly podány ze strany zdravotních sester?</b>			
Jsem velmi spokojen/a	53	50,48%	50%
Jsem částečně spokojen/a	28	26,67%	27%
Jsem nespokojen/a	2	1,90%	2%
Nebyly mi podány žádné informace	22	20,95%	21%
Celkem	105	100%	

Přílohová tabulka 28 – Spokojenost pacientů s časem a zájmem, který zdravotní sestry věnují jejich problémům

<b>20. Jak jste spokojen/a se zájmem a časem, který zdravotní sestry věnují Vaším problémům?</b>			
Jsem velmi spokojen/a	65	61,90%	62%
Jsem částečně spokojen/a	32	30,48%	30%
Jsem málo spokojen/a	5	4,76%	5%
Jsem nespokojen/a	3	2,86%	3%
Celkem	105	100%	

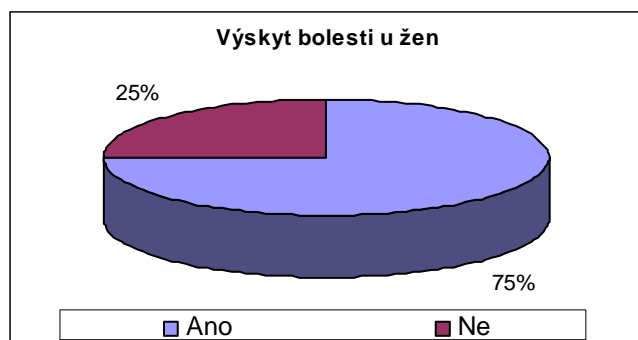
Přílohová tabulka 29 – Zjišťování přítomnosti a intenzity bolesti zdravotními sestrami

<b>21. Ptá se Vás zdravotní sestra na přítomnost a intenzitu Vaší bolesti?</b>			
Ano, často	31	29,52%	30%
Občas	61	58,10%	58%
Málokdy	11	10,48%	10%
Ne, nikdy	2	1,90%	2%
Celkem	105	100%	

Přílohová tabulka 30 – Oznámkování přístupu zdravotních sester k bolesti

<b>22. Pokud by jste měl/a oznámkovat přístup zdravotních sester k zmírnění či odstranění Vaší bolesti, jakou známku by jste dali?</b>			
1	57	54,29%	54%
2	32	30,48%	30%
3	13	12,38%	12%
4	3	2,86%	3%
5	0	0,00%	0%
Celkem	105	100%	

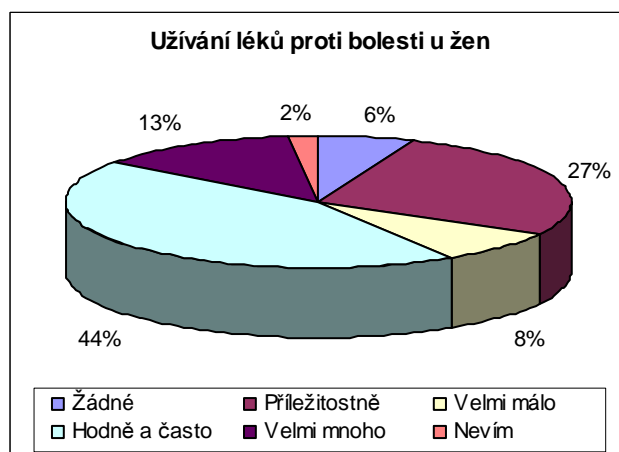
## Příloha č. 7: Přílohové grafy



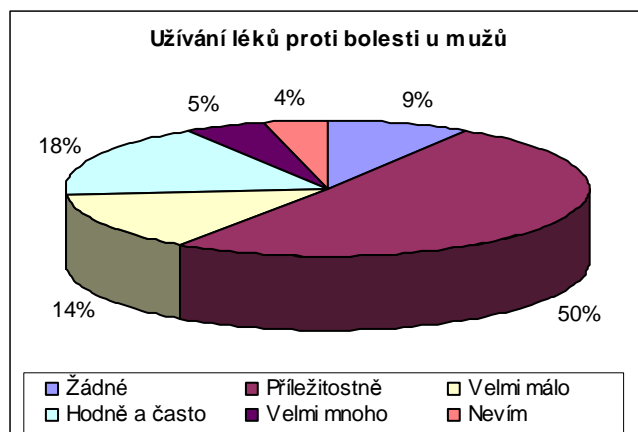
Obr. A – Přílohový graf výskyt bolesti u žen (n = 48)



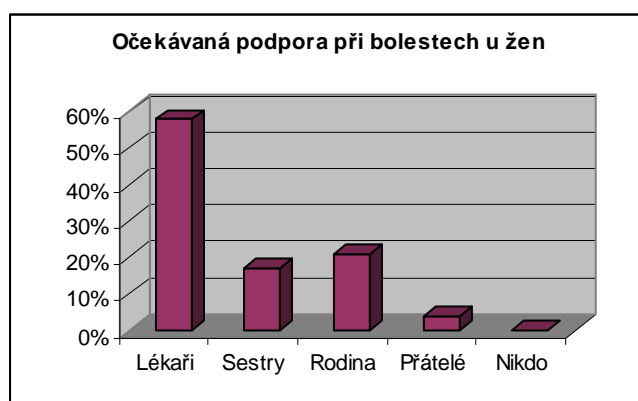
Obr. B – Přílohový graf výskyt bolesti u mužů (n = 57)



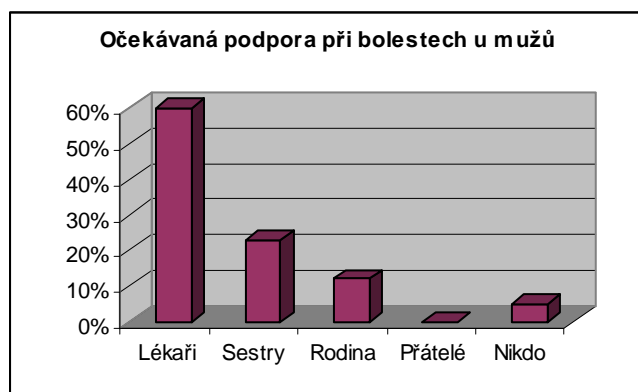
Obr. C – Přílohový graf užívání léků proti bolesti u žen (n = 48)



Obr. D – Přílohový graf užívání léků proti bolesti u mužů (n = 57)



Obr. E – Přílohový graf očekávaná podpora při bolestech u žen (n = 48)



Obr. F – Přílohový graf očekávaná podpora při bolestech u mužů (n = 57)